Dr René LE DENTU
[illegible]

LA FILARIOSE

ET SES RAPPORTS AVEC

L'ADÉNOLYMPHOCÈLE, LE VARICOCÈLE LYMPHATIQUE

ET LE

LYMPHANGIOME PÉDICULÉ INGUINO-SCROTAL

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI
[illegible]

[illegible]



Hommage de l'Auteur

LA FILARIOSE

ET SES RAPPORTS AVEC

L'ADÉNOLYMPHOCÈLE, LE VARICOCÈLE LYMPHATIQUE

ET LE

LYMPHANGIOME PÉDICULÉ INGUINO-SCROTAL

PAR

Le Docteur René LE DENTU

MÉDECIN DES TROUPES COLONIALES



BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

—

1907

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

C'est vous qui, par votre bonté et votre dévouement, avez gravé dans ma mémoire le doux souvenir que je garde de mon enfance.

A mon Oncle

LE PROFESSEUR A. LE DENTU

En vous dédiant ce travail que vous m'avez inspiré, je voudrais vous exprimer du fond du cœur mon admiration reconnaissante pour cette grande et affectueuse générosité que vous m'avez prodiguée, et aussi pour cette irréprochable loyauté dont vous m'avez donné l'exemple.

Ma pensée se dirige en même temps vers ma tante qui, par sa tendresse toute maternelle, s'est appliquée également à remplacer mes parents éloignés.

A TOUS MES PARENTS

A la Mémoire de mon Ami

ANDRÉ LETHOREL

A MES MAITRES ET A MES CAMARADES

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ
QUELQUE SYMPATHIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Cher Maitre,

Je n'oublierai jamais l'accueil si simple et si empressé que vous m'avez fait chez vous. Ce sera toujours avec le plus grand plaisir que je vous rencontrerai dans l'avenir, tant j'emporte de vous un reconnaissant et sympathique souvenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VENOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL GIRARD

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Cher Maitre,

Je ne suis que votre élève dans la préface de ma thèse, mais ici je veux vous remercier particulièrement pour les attentions que vous avez eues pour moi depuis mon arrivée à Bordeaux, et qui n'ont fait qu'augmenter ma dette de reconnaissance envers vous.

Qu'il nous soit permis, puisque l'occasion s'en présente, d'adresser d'abord un témoignage général de respectueuse sympathie à la Faculté de médecine de Bordeaux. L'expression de ce sentiment n'est pas une formalité officielle que nous remplissons ; elle se dégage spontanément de l'ensemble de nos impressions : c'est dire que nous n'avons eu qu'à nous louer de tous ceux qui ont eu charge de nous instruire.

Dans une Faculté aussi réputée, ce serait une vérité banale de dire que nous y avons rencontré des professeurs éminents par leur savoir, et une louange bien superflue de rendre notre faible hommage à leur mérite. Mais nous devons ici remercier particulièrement ceux de nos maîtres qui, durant le cours de notre vie d'étudiant, nous ont témoigné le plus d'intérêt.

M. le Professeur Demons, qui nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse, nous a accueilli avec cette amabilité et cette courtoisie dont nous avions bien souvent entendu parler avant de le connaître. On ne saurait oublier un maître aussi attrayant par ses remarquables leçons et sa grande habileté de chirurgien que par la finesse et la distinction de son esprit. Qu'il reçoive ici l'expression bien cordiale de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

M. le Professeur Pousson nous a témoigné une bienveillante et affectueuse sollicitude qui nous unit à lui pour toujours. Nous avons apprécié son enseignement si consciencieux et si utile ; sa science et son talent se joignent à une exquise délicatesse et un cœur excellent. C'est avec le plus grand regret que nous le quitterons et nous le prions de croire à notre éternelle gratitude.

A M. le Professeur agrégé Venot nous adressons un souvenir ému et reconnaissant. Nous n'avons passé auprès de lui que de trop rares instants. Son accueil affable et sympathique, son franc parler simple et familier nous l'ont fait vite aimer ; nous avons apprécié en même temps ses leçons cliniques si profitables dans leur forme pratique.

MM. les Professeurs Pitres, Lefour, Dubreuilh, ont contribué également à notre instruction et nous les en remercions bien sincèrement.

M. le Docteur Girard, médecin principal de la marine, nous a montré, à Toulon et à Bordeaux, une bienveillance que nous n'oublierons jamais.

Enfin, j'adresse un souvenir bien amical à mes camarades les Docteurs Robert, Moreau, Chatenay et à mes amis Jouve et Chèdeville.

A la Faculté de médecine de Paris, nous ne saurions trop remercier MM. les Docteurs Pettit, chef de laboratoire, et Natton-Larrier, chef de clinique médicale, pour les précieux renseignements qu'ils ont apportés à notre travail.

AVANT-PROPOS

La *filariose* occasionnée par la *filaria sanguinis hominis* peut être placée, par la fréquence et la multitude de ses manifestations, au premier rang parmi les affections dont la connaissance s'impose le plus au médecin des colonies.

La tendance qu'ont les auteurs en Europe à écarter du domaine de la pathologie courante les maladies exotiques, pour les grouper dans des livres spéciaux, à cause de leur développement scientifique qui s'accroît chaque jour, contribue à donner à ces maladies, si l'on peut s'exprimer ainsi, une physionomie trop originale; nous voulons dire par là que, pour nous autres inexpérimentés, notre imagination attribue parfois à tort à des parasites des lésions pathologiques *sui generis*, telles que nous ne les concevons jamais sans cette origine parasitaire.

Dans la nécessité de limiter d'avance ce modeste travail que nous allons entreprendre au sujet de la filariose, notre attention s'est fixée seulement sur deux points que nous essaierons de mettre en relief : le premier ressort de ce que nous venons de dire et se rapporte à la pathologie générale de la filariose ; le deuxième concerne particulièrement une de ces manifestations peu décrites jusqu'ici. Notre thèse sera donc divisée en deux parties distinctes :

Première partie. — Nous voudrions montrer que les lésions de la filariose occasionnées par la *filario sanguini hominis* n'ont pas ce caractère spécifique qu'on semble leur attribuer;

en d'autres termes, ces lésions sont identiques à celles de beaucoup d'autres affections du système lymphatique que l'on rencontre dans les climats froids et qui ne procèdent pas du parasite.

DEUXIÈME PARTIE. — Parmi les productions lymphatiques d'origine filarienne qui peuvent se manifester dans la région de l'aine (c'est-à-dire région crurale, inguinale et inguino-scrotale), il en est une qui nous semble insuffisamment connue et qui mérite d'être étudiée séparément : c'est une tumeur pédiculée, provenant des varices lymphatiques profondes de la cavité abdominale et se présentant plus que toutes les autres tumeurs lymphatiques sous la *fausse apparence de la hernie inguinale epiploïque*. Sa constitution anatomique lui a valu la dénomination de *lymphangiome pédiculé inguino-scrotal*.

Le développement de ces deux principales idées doit s'appuyer, pour la première, sur l'étude du processus pathologique général des lésions de la filariose ; pour la deuxième, sur l'étude comparative des tumeurs qui peuvent être confondues avec le lymphangiome pédiculé inguino-scrotal.

C'est pourquoi nous avons adopté l'exposé suivant :

PRÉLIMINAIRES

Aperçu historique *sur la filaria sanguinis hominis*

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA FILARIOSE

I. — De l'unité pathologique des lésions de la filariose (la lymphangiectasie).

II. — De la non-spécificité pathologique des lésions de la filariose. (Varices lymphatiques, éléphantiasis, adénolymphocèle, hémato chylurie, épanchements chyleux, lymphangiome).

DEUXIÈME PARTIE

LA FILARIOSE DANS LA RÉGION DE L'AINE

(région crurale, inguinale et inguino-scrotale)

Adéno-lymphocèle. — Varicocèle lymphatique
Lymphangiome pédiculé inguino-scrotal

I. — Historique.

II. — Etiologie. (Causes prédisposantes, causes occasionnelles).

III. — Anatomie pathologique.

IV. — Symptomatologie. Diagnostic clinique. Recherche de l'embryon de filaire dans le sang.

V. — Période générale d'incubation. Evolutions. Complications. Pronostic dans les climats chauds. Pronostic dans les climats froids. Pronostic opératoire.

VI. — Traitement. Thérapeutique générale. Traitement local palliatif. Indications générales de l'extirpation. Technique opératoire. Complications immédiates et consécutives.

VII. — Observations.

PRÉLIMINAIRES

Aperçu historique sur la *filaria sanguinis hominis*

Il nous semble indispensable, avant d'aborder les points spéciaux que nous devons traiter, d'indiquer en quelques lignes les généralités concernant la filariose et l'histoire de son parasite.

Ce mot de *filariose* a été employé pour désigner surtout les désordres pathologiques occasionnés chez l'homme par la *filaria sanguinis hominis*. C'est la *filariose du sang et de la lymphe ;* elle ne doit pas être confondue avec celle du tissu cellulaire sous-cutané, qui est due à un parasite bien différent, la *filaria de Médine*. Il existe également une filariose de l'œil qui est attribuée à la *filaria Loa*.

Quelle que soit la filaire, elle peut se trouver dans l'organisme, sans causer aucun état morbide apparent (filariose latente).

Disons enfin que la filaire a été rencontrée également chez les animaux ; et l'on verra justifiée la définition générale du professeur Le Dantec : « On appelle filariose l'habitat de l'organisme de l'homme ou de l'animal par des parasites appelés filaires » (Précis de pathologie exotique).

Mais au cours de notre travail, pour la briéveté de la description, nous limiterons, selon l'usage, la désignation du mot filariose aux désordres pathologiques occasionnés chez l'homme dans le système lympathique par la *filaria sanguinis hominis*. Cette forme de la filariose est de beaucoup la plus importante, autant par son domaine géographique

étendu à tous les climats tropicaux que par la multitude de ses manifestations, qui ne sont peut-être pas toutes connues.

L'histoire naturelle de la *filaria sanguinis hominis* est aujourd'hui suffisamment précisée, pour que nous n'ayons pas à y revenir.

Rappelons seulement qu'on ne doit plus confondre la forme adulte du parasite et la forme embryonnaire, désignées l'une et l'autre sous la dénomination générale de filaire. Tandis que l'animal adulte représente un long fil (3 à 5 centimètres pour le mâle et 7 à 15 centimètres pour la femelle) siégeant dans un coin quelconque du système circulaire et ne s'en déplaçant jamais, les filaires embryonnaires ne mesurent guère plus de 300 μ de long sur 7 μ de large; elles sont douées de mouvements et peuvent circuler librement dans la lymphe et le sang. Ce sont elles qui par leur grand nombre contribuent le plus aux lésions de la filariose. On a décrit à la filaire embryonnaire plusieurs variétés, mais la plus fréquente est celle qui procède de la filaire adulte de Bancroft; on l'appelle *filaire nocturne*, parce qu'elle se montre dans le sang de l'homme pendant la nuit. A tous les embryons de filaire devrait être donnée à l'avenir la dénomination de *micro-filaire* comme l'a proposé le professeur Le Dantec. C'est la meilleure façon d'établir une distinction dont l'importance est grande, surtout pour l'historique de la question, puisque la filaire adulte a été rencontrée bien longtemps après la micro-filaire.

C'est le chirurgien français Demarquay et non l'américain Wucherer qui, en 1863, découvrit la filaire embryonnaire en examinant sous le microscope le liquide d'une hydrocèle chyleuse. Il faut donc rompre avec l'habitude que beaucoup d'auteurs conservent encore de nos jours de dénommer la filaire embryonnaire « filaire de Wucherer ». En effet, ce n'est qu'en 1866 que Wucherer, à Bahia, et après lui, de 1868 à 1872, Lewis, à Calcuta; Salisbury, aux États-Unis; Cobbod, à Port-Natal; Crevaux, à la Guadeloupe, trouvèrent les mêmes em-

bryons dans les urines des malades atteints d'hémato-chylurie.

En 1872, Lewis trouve l'embryon dans le sang; d'où le nom de *filaria sanguinis hominis.* De plus, il constata que la plupart des malades dont le sang était infecté par cet entozoaire présentaient de la chylurie, des varices lymphatiques et de l'éléphantiasis.

Jusqu'alors, on ne connaissait que l'embryon du parasite. En 1875, Patrick Manson émit l'hypothèse que cet embryon devait procéder d'un animal adulte; l'année d'après, Bancroft, en Australie, et après lui Lewis, Arango de Silva Lima, au Mexique, Patrick Manson, en Chine, retrouvèrent tour à tour le parasite adulte dans des varices ou abcès lymphatiques, mais ils rencontraient toujours la femelle. Figueira de Saboia découvrit dans le ventricule gauche du cœur un ver mâle à côté d'un ver femelle.

Patrick Manson a eu le mérite d'étudier le passage de l'embryon et ses modifications dans le corps du moustique (*culex mosquito*), phase intermédiaire qu'il prouva nécessaire à son développement ultérieur chez l'homme. Raphaël Blanchard, en France, a contribué également à cette étude.

L'origine parasitaire de la filariose était reconnue ; les prétendues causes climatériques soutenues par Mazaé Azéma et Corre étaient battues en brèche. Cependant des auteurs plus récents se sont demandés s'il ne fallait pas accepter en partie cette idée d'une *diathèse climatérique*, procurant le terrain aux accidents de la filariose.

Telle est, brièvement résumée, l'histoire si intéressante de la filaire. Chacune de ses manifestations a été plus récemment l'objet de laborieuses recherches, mais il serait trop long d'en faire l'énumération. Les ouvrages de pathologie exotique en mentionnent les plus importantes.

Ce qui nous intéressera spécialement, c'est l'histoire des manifestations de la filaire dans la région de l'aine ; nous aurons à la tracer dans la deuxième partie de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA FILARIOSE

1° *De l'unité pathologique des lésions de la filariose*

La lymphangiectasie

Les travaux de Patrick Manson, nous l'avons dit, ont établi le cycle parcouru par la filaire pour pénétrer dans le corps humain. Nous savons ainsi que l'embryon est puisé pendant la nuit dans le sang des malades atteints de filariose par un insecte chez lequel il passe sa période larvaire. Cet hôte intermédiaire est le moustique (*culex mosquito*), ou plutôt la femelle, qui, grâce à son rostre plus puissant que celui du mâle peut seul percer la peau humaine. Les embryons de filaire ainsi absorbés se transforment en larves dans le corps du moustique. Après sa ponte, le moustique va mourir à la surface de l'eau et les larves s'échappent dans le liquide environnant. C'est probablement en buvant cette eau qu'on acquiert le parasite ; certains auteurs ont soutenu la théorie de l'infection cutanée par les piqûres de moustique comme pour l'hématozoaire de Laveran. Toujours est-il que le parasite pénètre à travers les tissus, jusqu'aux vaisseaux lymphatiques et peut produire au bout d'un temps variable leur dilatation ou *lymphangiectasie* par un processus que nous pouvons ainsi résumer :

La lymphangiectasie filarienne est occasionnée par la fila-

ria sanguinis hominis qui, obstruant à des degrés divers, soit par elle-même, soit par ses œufs [1] *ou ses embryons, les vaisseaux lymphatiques, déterminent leur inflammation et par suite leur distension.*

Cette définition nous semble répondre aux connaissances acquises sur la pathogénie de la maladie.

En effet, si nous en reprenons les termes, nous voyons que la lymphangiectasie se produit en trois stades successifs. C'est d'abord *l'obstruction.*

Selon les dimensions du vaisseau lymphatique, la filaire-mère, ou bien ses œufs, ou encore ses embryons, peuvent y arrêter complètement le cours de la lymphe ou seulement la gêner. Il en est de même dans les vaisseaux des ganglions.

Manson explique ainsi les différents degrés des lésions :

« Si l'obstrution est partielle, il n'y aura qu'un simple état variqueux des conduits lymphatiques et, dans ce cas, comme la circulation de la lymphe est ininterrompue, les embryons de filaire passent dans le sang.

» Si l'obstruction est complète, ou bien les vaisseaux dilatés arriveront à la rupture, d'où s'ensuit l'écoulement de la lymphe en dehors (*lymphorragie*), ou bien il y aura stase complète avec énorme dilatation et œdème périvasculaire amenant l'éléphantiasis. Les embryons ne peuvent alors passer dans le sang. »

Il n'est pas besoin de dire que dans les vaisseaux lymphatiques qui contiennent des valvules (vaisseaux tronculaires surtout), ces valvules deviennent insuffisantes. — De même, nous n'insisterons pas sur l'effet de la pesanteur qui s'ajoutera également comme cause mécanique.

(1) D'après P. Manson, la filaire étant vivipare, ses œufs ne sont mis en liberté dans la lymphe et dans le sang que par suite de leur avortement. Ils peuvent alors obstruer les vaisseaux lymphatiques ; le plus souvent ils sont arrêtés dans les ganglions et produisent ces grosses adénolymphocèles qui s'accompagnent presque toujours d'éléphantiasis.(Nous en avons un exemple dans l'observation communiquée à Moscou, en 1897 par A. Le Dentu).

Mais cette cause mécanique suffirait-elle à provoquer la lymphangiectasie ?

Il en serait ainsi, si la circulation aussi bien de la lymphe que du sang n'était assurée par des vaisseaux collatéraux. Les expériences, faites par Th. Anger sur des animaux, ont prouvé que cet arrêt de la circulation de la lymphe ne produisait qu'une ectasie temporaire. Du reste, la ligature des vaisseaux lymphatiques, faite au cours des opérations chirurgicales, n'amène pas de dilatation variqueuse.

Des expériences plus récentes ont été faites en Belgique, par Boddaert. D'après cet auteur, la ligature d'un tronc lymphatique serait suivie d'œdème périvasculaire, mais nous pensons néanmoins, avec Follet, que l'arrêt brusque de la circulation lymphatique ne suffit pas à déterminer la dilatation variqueuse. Il faut une oblitération mécanique progressive des conduits, laquelle conduit à cet autre facteur indispensable, le facteur pathologique, c'est-à-dire le phénomène *inflammatoire*; nous disons bien indispensable, puisqu'on en vient à se demander aujourd'hui si l'inflammation n'est pas cause première de l'ectasie. L'oblitération n'en serait que la conséquence. Le fait semble certain pour les ectasies d'origine infectieuse, nous le verrons tout-à-l'heure. Pour ce qui est de la filariose, rappelons seulement ici que la *lymphangite* qui règne à l'état endémique dans les climats tropicaux, a presque toujours tracé la route aux dilatations lymphatiques.

Quelle que soit l'origine de l'inflammation, celle-ci occasionne de l'œdème autour des vaisseaux. Cet œdème marquerait une première étape dans le processus qui peut faire évoluer la lymphangite en éléphantiasis. Mais nous reviendrons dans un instant sur l'étiologie de cette dernière affection, puisque son origine filarienne a été contestée.

Hyperplasie des vaisseaux, œdème périvasculaire, telles sont les conséquences directes de l'inflammation.

Il s'est donc créé un état morbide des parois des vaisseaux lymphatiques, qui amoindrit leur résistance. C'est là le fac-

teur pathologique qui, joint à l'obstruction, le facteur mécanique, permettra la distension de ses vaisseaux. Ainsi se trouve formée la *lymphangiectasie* appelée plus communément *varice lymphatique.*

La varice lymphatique est la dilatation pathologique et permanente des vaisseaux lymphatiques, de même que la varice veineuse est la dilatation pathologique et permanente des veines. Les deux affections sont identiques dans l'ensemble de leur processus ; pour le prouver, nous n'avons qu'à tracer en parallèle le résumé de leur pathogénie :

Varices veineuses	**Varices lymphatiques d'origine filarienne.**
Causes prédisposantes	
Etats diasthésiques : Arthritisme, alcoolisme, saturnisme, etc., intoxications chroniques en général, modifiant la qualité de la paroi des veines.	Etat spécial du système lymphatique dans les pays chauds (lymphatexie de Corre) modifiant la paroi des vaissaux lymphatiques.
Causes déterminantes	
1° Facteur mécanique	
La pesanteur et surtout l'insuffisance valvulaire diminuant l'impulsion de la *vis a tergo*. Gêne de la circulation par épaississement des parois.	Obstruction partielle ou complète des vaisseaux lymphatiques et des ganglions, soit par la filaire elle-même, soit par ses œufs, soit par ses embryons. Pesanteur. Insuffisance valvulaire.
2° Facteur pathologique	
Les microbes et leurs toxines agissant sur la paroi des veines et déterminant leur inflammation ou *phlébite*.	La filaire, ou ses œufs ou ses embryons agissant sur la paroi des vaissaux lymphatiques et déterminant leur inflammation ou *lymphangite*.

Il est regrettable que les altérations pariétales des varices lymphatiques n'aient été étudiées histologiquement avec autant de précision que celles des varices veineuses. Nous

aurions continué le parallèle au point de vue anatomo-pathologique.

Nous savons seulement par Th. Anger que la paroi des vaisseaux lymphatiques est épaissie par places et que la tunique musculaire est hypertrophiée dans les varices lymphatiques en général. Dans les varices tronculaires les valvules deviennent complètement insuffisantes.

La lymphangiectasie est donc la première manifestation de la filariose, c'est-à-dire le point de départ de tous les processus conduisant à des états morbides plus complexes.

Cette manifestation peut avoir lieu théoriquement dans n'importe quelle partie du corps humain. Elle a néanmoins quelques sièges de prédilection.

Quand l'obstruction et l'inflammation portent :

Sur les vaisseaux lymphatiques superficiels, on voit apparaître les *varices réticulaires*, le plus souvent dermiques, qui peuvent entraîner *l'éléphantiasis* et s'accompagner de *lymphorragie* ; elles sont très fréquentes aux jambes et au scrotum ;

Sur les vaisseaux lymphatiques profonds, ce sont les *varices tronculaires*, dont les plus grosses se trouvent dans la cavité abdominale et peuvent produire ces tumeurs que nous appellerons *lymphangiomes pédiculés*. De ces varices intra-abdominales résultent souvent *l'ascite chyleuse* et *l'hématochylurie;*

Sur les lymphatiques du cordon, la dilatation prend le nom de *varicocèle lymphatique* ; ou bien c'est le testicule qui en subira une hypertrophie le plus souvent douloureuse (*orchite filarienne, éléphantiasis du testicule*); en même temps, l'épanchement de lymphe peut se faire dans la vaginale, c'est l'*hydrocèle chyleuse;*

Dans les groupes ganglionnaires, se forment les *adéno-lymphocèles* qui sont superficielles ou profondes comme les varices lymphatiques dont elles dépendent presque toujours.

Enfin, dans n'importe quel point superficiel du corps, peut se former un *lymphangiome sous-cutané* avec ou sans andénopathie.

Si nous localisons les manifestations de la filaire, dans la région où nous devons les étudier, nous voyons en résumé, que dans l'aine :

1° A cause de la multitude de ganglions qui s'y trouvent, surtout dans la région crurale, l'*adénolymphocèle* doit être très fréquente ;

2° La dilatation des lymphatiques du cordon, dans la région inguinale, se manifestera par le *varicocèle lymphatique.*

Enfin, dans le canal inguinal, on peut rencontrer sous la forme d'une *fausse hernie épiploïque* la tumeur dite *lymphangiome pédiculé-inguino-scrotal.*

Mais avant de passer à l'étude spéciale de ces productions lymphatiques, nous voudrions, restant encore dans le domaine de la pathogénie générale de la maladie, essayer de mettre en lumière un point qui ne nous a pas paru jusqu'ici bien précisé. Nous serons amenés par là à discuter la question si intéressante de l'*origine de l'éléphantiasis.*

2° De la non-spécificité pathologique des lésions de la filariose.

Varices lymphatiques, éléphantiasis, adénolymphocèle, hématochylurie, épanchements chyleux, lymphangiome.

Doit-on regarder comme spécifiques les lésions de la filariose, autrement dit, ne peuvent-elles se développer que sous l'influence de la filaire ?

Nous répondrons qu'à une cause spéciale ne correspondent pas toujours des effets spéciaux :

Les faits semblent prouver *que la filaire du sang ne doit rien ajouter à l'anatomie pathologique générale des lésions du système lymphatique.*

C'est ce que le professeur Le Dentu exprimait dans une clinique par ces quelques mots : « Si le parasite est spécial, sa réaction est banale. »

Que la filariose existe ou n'existe pas en Europe, là n'est pas la question, et nous ne tenons aucun compte de ce que plusieurs cas ont été signalés dans le Sud de l'Italie et de l'Espagne ; ce sont déjà des centres méridionaux, et nous admettons que, dans les climats froids, on ne court aucun risque de la rencontrer.

Mais dans ces climats froids ne trouve-t-on pas des lésions du système lymphatique absolument identiques à celles qui sont déterminées par la filaire ?

Nous avons dit plus haut que la filaire agissait sur les vaisseaux lymphatiques en produisant leur obstruction et leur inflammation. Or, il y a d'autres cas pathologiques susceptibles d'une pathogénie semblable. A l'identité du processus correspondra l'identité des lésions.

L'obstacle au cours de la lymphe peut être établi par la simple *compression d'une tumeur*, le plus souvent d'un *néoplasme*. On sait que cette compression d'un vaisseau dans l'organisme est presque toujours accompagnée d'inflammation ; c'est alors que la stase lymphatique amènera bientôt la dilatation variqueuse.

Quelque soit le point où se trouve l'obstacle dans le système lymphatique, le résultat est le même. Cette dilatation a été observée au canal thoracique par Bichat, Astley Cooper et Mascagni, aux membres par Assalini, Sœmmering, Wrisberg, Nélaton, Broca, etc.

Bussy, dans la thèse de Delobel, rapporte un cas de tumeur volumineuse rétropéritonéale ayant provoqué des varices tronculaires et dermiques de tout le membre inférieur.

Paterson, dans la thèse de Viguier, cite l'histoire d'un nouveau-né dont : « la jambe était couverte jusqu'aux orteils d'une masse de varices enchevêtrées. L'enfant mourut au neuvième jour, et à l'autopsie, on constata qu'une bandelette de tissu cellulaire, très condensé, mais sans structure spéciale, était tendue le long du ligament de Poupart, étranglant les vaisseaux lymphatiques superficiels. » Massonnié admettait même que les varices lymphatiques pouvaient provenir de l'oblitération d'un tronc principal veineux. Nous ne sau-

rions nous prononcer à ce sujet; les exemples font complètement défaut.

On sait encore que tous les *états infectieux* peuvent provoquer l'apparition de la lymphangiectasie aussi bien les infections aigües que celles qui évoluent de façon chronique (Follet, Besnier, Rigler, Cornil, Marmet). Plus récemment, on a même incriminé la tuberculose (Thilesen, Goupil et Hallopeau).

Parmi les agents microbiens des ces états infectieux, il faut mettre en première ligne le *staphylocoque* et surtout le *streptocoque;* qu'ils soient seuls en cause, ou bien qu'ils agissent indirectement en venant compliquer une autre affection, le résultat est le même. On retrouve encore les deux facteurs principaux de la dilatation : l'obstruction et l'inflammation, mais, comme nous le faisions prévoir, il est difficile de ne pas admettre ici, que c'est le phénomène inflammatoire qui commence.

Achalme a cité un cas de lymphangiectasie superficielle où les vaisseaux avaient été réellement obstrués par les streptocoques; il est plus probable — comme le fait remarquer Delobel, qui rapporte ce cas dans sa thèse — que les microbes ne produisent l'ectasie des vaisseaux qu'après avoir rétréci leur calibre par suite de l'inflammation et avoir apporté ainsi un obstacle au cours de la lymphe.

Les phénomènes inflammatoires, occasionnés par les agents microbiens, s'accompagnent presque toujours d'œdème périvasculaire. Lorsqu'à cet œdème vient s'ajouter l'hyperplasie conjonctive, processus conduisant à la pachydermie, nous voyons créer cet état morbide connu sous le nom *d'éléphantiasis.*

Signalé depuis longtemps dans nos climats tempérés, et étudié surtout par Verneuil, Sabouraud, Follet et Besnier, *l'éléphantiasis nostras* ne pouvait manquer d'être mis en parallèle avec *l'éléphantiasis des Arabes*, qui était attribué à la filaire depuis la découverte du parasite.

L'identité clinique des deux éléphantiasis devait entraîner

leur identité étiologique. Telle était l'opinion émise depuis longtemps, mais c'est particulièrement M. le professeur Le Dantec qui a apporté des objections sérieuses à la théorie filarienne, par ses examens bactériologiques des plus précis. Ses arguments sont corroborés par ceux de M. le docteur Tribondeau, médecin de la marine, qui a fait également à ce sujet des recherches personnelles.

Il résulte de ces arguments que l'accès éléphantiasique et l'accès érysipélateux doivent être considérés comme identiques, avec frissons, hyperthermie, lymphangite réticulaire ; et, comme le fait remarquer le professeur Le Dantec, cette identité est si manifeste que dans certains pays tropicaux l'éléphantiasis est appelé vulgairement érysipèle. Or, Sabouraud avait dit de l'éléphantiasis nostras qu'il n'était qu'un *érysipèle à répétition*. D'après le professeur Le Dantec, la même définition devrait s'appliquer à l'éléphantiasis des Arabes.

De tout temps, avons-nous dit, ou plutôt dès que l'éléphantiasis eût été rattaché à la filariose, plusieurs auteurs, sans apporter des arguments bactériologiques exacts, étaient néanmoins frappés par le nombre de cas rencontrés avec impossibilité de découvrir la filaire chez ces malades, et le docteur A. Clarac, médecin en chef des colonies, répondait à leurs objections, en 1881, dans sa monographie sur « l'étiologie et pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes ».

Plus récemment, dans la *Tribune médicale* du 25 août 1906, le professeur Magalhaës fait remarquer ceci : « La filariose peut avoir existé, être déjà éteinte, et pourtant l'éléphantiasis, sa conséquence, persister indéfiniment. Le supposé axiome du *sublata causa*... n'est pas un vrai axiome. A chaque pas, on rencontre des effets persistants et définitifs dus à des causes qui sont depuis longtemps disparues.

... La concomitance d'autres manifestations bien connues de la parasitose avec l'éléphantiasis, l'absence de tout autre condition qui puisse expliquer l'endémicité et la fréquence de l'affection dans les contrées où existe la filariose, nous

mènent bien logiquement à accepter l'opinion affirmant la corrélation causale en question.

. . . .

L'état anormal, pathologique du système lymphatique dû à la filariose, déterminant naturellement une résistance moindre contre les divers agents infectieux, amène consécutivement de fréquents accès d'infections secondaires par des streptocoques et des staphylocoques communs, produisant très souvent des lymphangites tantôt réticulaires, tantôt tronculaires et ganglionnaires, le plus souvent combinées ensemble.

Les poussées de lymphangite répétées sont à leur tour des causes d'infiltration lymphatique et plus tard d'éléphantiasis ; celle-ci trouve de la sorte une seconde raison chez les filariens, je veux dire les individus ayant le sang infecté par les embryons de filaire.

Ainsi les lymphangites répétées, habituelles, de l'éléphantiasis endémique des pays chauds sont, à mon avis, très souvent, peut-être le plus souvent, dues à des infections secondaires se produisant en des tissus malades, altérées par le fait de la filariose. »

Nous ne saurions nous-même trancher une question qui tient en désaccord des auteurs de première compétence.

Nous avons dit au début de notre travail que, d'après Manson, l'embryon de filaire ne passait dans la circulation générale qu'en cas d'obstruction complète des vaisseaux lymphatiques. Si cette hypothèse est vraie, il faudrait tenir compte de ce que dans l'éléphantiasis le cas d'obstruction complète peut se présenter. C'est ce qui se passe quand l'éléphantiasis est dû à l'obstruction ganglionnaire par les œufs de la filaire, comme nous l'avons exposé plus haut.

D'autre part, nous croyons pouvoir ajouter qu'avec le nouveau procédé de recherche de MM. Bergeron et Nattan-Larrier, que l'on trouvera plus loin, il se pourrait que l'embryon de filaire fût reconnu dans bien des cas où il avait passé inaperçu.

Au sujet de la lymphangite par infection microbienne, nous pensons avec Magalhaës que le streptocoque et le staphylocoque, du moins pour les cas où il y a coexistence avec la filaire, ne sont pas toujours causes premières de l'éléphantiasis. Venant le plus souvent de l'extérieur et pénétrant par une plaie superficielle — nous sommes d'accord en cela avec le Professeur Le Dantec — il ne fait qu'accroître les manifestations inflammatoires, mais selon la pathogénie exposée plus haut, l'obstruction progressive par la filaire doit suffire à provoquer les manifestations inflammatoires, en admettant que celles-ci restent atténuées sans l'aide des agents microbiens. N'est-ce pas là la raison suffisante de cette lymphangite chronique des pays chauds, constatée chez des individus qui n'avaient présenté aucune porte d'entrée à l'infection.

Cette lymphangite ne peut-elle provoquer à la longue un état pathologique des parois des vaisseaux lymphatiques se prolongeant jusqu'aux lacunes ou espaces lymphatiques du tissu conjonctif lui-même et évoluer ainsi vers l'éléphantiasis ? Nous avons commencé et nous finissons cependant par une interrogation, c'est-à-dire que ce n'est pas encore nous qui prononcerons le dernier mot du problème.

Il faut émettre une opinion, et nous la résumons en disant que la filariose nous semble causer l'éléphantiasis :

1° Par l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, autrement dit, par la stase lymphatique ;

2° En occasionnant par cette stase suivie d'inflammation, de la paroi, des poussées de lymphangite qu'augmenteront des infections secondaires, mais déjà suffisantes pour amener l'évolution vers l'éléphantiasis.

Cette question de l'origine de l'éléphantiasis n'est pas une simple parenthèse ouverte dans notre chapitre, comme on pourrait le croire. Elle vient à l'appui de l'idée que nous voulons développer : à savoir que *les manifestations de la filariose sont communes à beaucoup d'autres affections du système lymphatique dans les climats froids*. Il ne faut

donc pas refuser l'origine parasitaire à l'éléphantiasis, parce qu'on peut rencontrer cette affection sans parasite.

Nous dirons donc que les phénomènes inflammatoires peuvent tirer leur origine, soit de la filaire, soit des infections de toutes sortes; lorsqu'ils évoluent vers l'éléphantiasis, le processus suivi est toujours identique.

Nous nous sommes occupés, dans cette discussion, surtout de l'éléphantiasis de la jambe, mais nous croyons que quelque soit le siège de l'affection, tout ce que nous en avons dit, peut s'y rapporter.

Il n'est pas besoin de mentionner que l'éléphantiasis peut également exister aux membres supérieurs, à la face, à la verge, au scrotum, etc.; de nombreuses observations en font foi depuis longtemps. L'éléphantiasis du scrotum surtout, est le plus fréquent et le plus connu après celui de la jambe.

Plus récemment, (Société de chirurgie, 1887), le professeur Le Dentu a étudié les lésions du testicule survenant dans les pays chauds à la suite de crises douloureuses aiguës ; il a montré par l'examen histologique d'un de ces testicules, enlevé au cours d'une opération, que la lymphangite chronique, qui était la cause de ces crises douloureuses, produisait une hypertrophie de l'organe, par dilatation des vaisseaux lymphatiques et néoformation conjonctive, processus identique à celui de l'éléphantiasis de la jambe et du scrotum ; c'est pourquoi il créait le nom d'*éléphantiasis du testicule*.

Si l'on se rappelle toutes les discussions auxquelles a donné lieu la question de l'origine de cette orchite des pays chauds, appelée pendant longtemps *orchite paludéenne*, et rattachée à la filariose, grâce surtout aux travaux d'Audain (Orchite filarienne), n'est-on pas frappé de sa ressemblance avec les poussées de lymphangite précédant l'éléphantiasis de la jambe ?

Pour celui-ci également, l'origine paludéenne a été longtemps soutenue, puis abandonnée.

Au sujet de l'orchite filarienne et de l'éléphantiasis du

testicule, on a pu être frappé également par le nombre de cas rencontrés sans présence de filaire, et ne pourrait-on pas essayer de remplacer l'origine parasitaire par l'origine microbienne?

A ces mêmes objections, reviendraient les mêmes réponses que pour l'éléphantiasis des Arabes.

Par conséquent, s'il existait un éléphantiasis nostras du testicule, ce ne serait pas encore à l'anatomie pathologique des lésions de l'organe qu'il faudrait demander de résoudre le problème de son origine. C'est ce que prévoyait le professeur Le Dentu.

. . . .

« Ainsi, à côté des faits d'orchite paludéenne franche, caractérisée par une poussée inflammatoire aiguë accompagnée de fièvre, il faut admettre une affection du testicule propre aux habitants des pays chauds et caractérisée de son côté par une augmentation de volume considérable, par une induration uniforme et par sa marche essentiellement chronique, affection qui accompagne parfois l'éléphantiasis du scrotum ou qui peut en rester tout à fait indépendante.

» Quelle en est la nature? Quels sont ses rapports soit avec l'orchite paludéenne aiguë, soit avec la dégénérescence éléphantiasique des téguments? Voilà autant de questions qu'il importe de pouvoir résoudre.

» La coïncidence de l'hypertrophie éléphantiasique du testicule avec l'éléphantiasis du scrotum prouve à n'en pas douter que les deux affections ressortissent à une cause commune. D'autre part, l'identité clinique de cette hypertrophie éléphantiasique, accusant qu'elle est associée à l'éléphantiasis du scrotum ou qu'elle en est indépendante, prouve que dans les deux cas les besoins sont les mêmes.

»... Quelle que soit la cause de l'éléphantiasis, même s'il est accidentel, c'est le système lymphatique qui paraît frappé primitivement. L'accident primitif que l'observation a révélé depuis longtemps, c'est une lymphangite réticulaire et radiculaire interstitielle aussi bien que superficielle, revenant

par poussées à apparence érysipélateuse jusqu'au jour où l'œdème chronique et l'hyperplasie du tissu conjonctif caractérise l'éléphantiasis acquis.

» N'y a-t-il pas une analogie frappante entre ces poussées inflammatoires et celles qui donnent la physionomie clinique à l'orchite paludéenne?

» J'incline donc à penser que cette dernière est une lymphangite intra-testiculaire à répétition et que par extension de la même idée, l'éléphantiasis du testicule lui-même est primitivement une lymphangite chronique, qui peut succéder à la forme aiguë ou affecter d'emblée une forme insidieuse.

» Qu'on n'objecte pas que l'identité de la lésion doit impliquer l'identité de la cause. N'est-il pas démontré que l'éléphantiasis des téguments, toujours semblable à lui-même au point de vue histologique, quelles que soient les conditions dans lesquelles il s'est développé, reconnaît des causes multiples? Si l'influence climatérique est celle dont l'action est prépondérante, il n'en est pas moins vrai que, dans les régions où cette influence ne peut être invoquée, l'irritation des vaisseaux lymphatiques peut déterminer à la longue chez certains sujets, cette forme d'éléphantiasis qu'on s'est habitué à appeler accidentelle, quoique ne différant nullement de la forme habituelle. L'histoire des œdèmes chroniques fourmille de faits qui pourraient être interprétés dans le même sens.

» De même, s'il est avéré que l'on ne trouve pas de filaires chez tous les sujets atteints d'éléphantiasis, il est incontestable que la présence des parasites dans le système lymphatique peut, avec l'aide du climat, provoquer la lymphangite primitive de l'éléphantiasis et secondairement l'éléphantiasis lui-même.

» On peut donc admettre l'identité des lésions sans affirmer l'identité des causes et rester ainsi dans une prudente réserve, en attendant que la question ait fait un pas de plus en avant. »

Ainsi, il existe sous les climats froids des cas pathologiques de varices lymphatiques avec ou sans éléphantiasis dont les lésions sont identiques à celles que l'on attribue à la filaire. Il serait invraisemblable que ce même rapport ne puisse s'établir pour les désordres qui peuvent se produire dans les ganglions lymphatiques. Si l'éléphantiasis du testicule n'a pas été signalé du tout en Europe, *l'adénolymphocèle* ne l'a été que rarement.

Th. Anger, dans sa Thèse de doctorat 1867, cite l'histoire d'un camionneur qui a toujours vécu au Nord de la France et qui présente une tumeur à l'aine, cliniquement semblable à celles qui sont rencontrées dans les pays chauds. Il n'y a eu malheureusement ni opération ni autopsie pour établir l'identité anatomique des lésions, mais nous savons que la ponction donna issue à une grande quantité de lymphe. Th. Anger rapporte également à ce sujet deux observations publiées en Allemagne : les malades porteurs des mêmes tumeurs habitaient le Nord de l'Europe. (Mémoires de Gross.)

Nous devons nous poser la même question pour cette manifestation si fréquente de la filariose, l'*hémato-chylurie*. On sait qu'elle procède toujours de la même lésion primitive, la lymphangiectasie. Les autopsies ont montré d'énormes varices lymphatiques abdominales, communiquant avec les voies d'excrétion de l'urine.

Or, plusieurs cas d'hémato-chylurie ont été signalés chez des malades n'ayant jamais habité les climats tropicaux, et Comby, en 1883, dans le *Progrès médical*, parlait de *chylurie nostras*. Il faudrait citer également les observations de Myers, Berri, Leight Hunt, Siegmund, etc.

Nous n'aurons pas à parler des autres épanchements tels que l'*ascite* et la *pleurésie chyleux*. Elles ont été plus fréquemment constatées et étudiées en Europe que dans les régions tropicales (Madame Perrée. Debove).

Tous les produits tuberculeux ou cancéreux faisant compression sur les vaisseaux lymphatiques de l'abdomen peu-

vent occasionner l'ascite. Les causes déterminantes du chylo-thorax sont moins connues.

Pour l'*hydrocèle chyleuse* ou *chylocèle*, les observations publiées sur des cas rencontrés en Europe, ne donnent pas toujours avec précision les antécédents du malade, aussi bien que les caractères du liquide de la vaginale, mais il suffit d'évoquer l'analogie des épanchements séreux pour admettre comme possible le chylocèle nostras.

Notre comparaison entre la filariose et les différentes lymphangiectasies de toute origine ne s'adresse pas qu'à celles qui sont acquises. Il en est de même pour celles qui sont congénitales.

Pour établir ici l'identité des lésions, nous ne pouvons, comme dans les cas précédents, évoquer l'identité du processus par facteurs mécanique et pathologique.

Quelques auteurs ont parlé de tumeurs internes agissant par compression sur les troncs lymphatiques, nous en avons signalé un exemple plus haut, mais leur affirmation est restée bien vague, et nous ne saurions nous arrêter ici à des hypothèses inutiles.

La même remarque s'applique au *lymphangiome* congénital qui ne se distingue de la lymphangiectasie que par son processus de néoformation de tissu et de vaisseaux lymphatiques donnant lieu parfois à d'énormes tumeurs, le plus souvent sous-cutanées.

Si nous ne connaissons pas les causes déterminantes des lymphangiectasies congénitales, il est néanmoins probable qu'elles ont des causes prédisposantes. Nous pouvons les comparer à celles des lymphangiectasies filariennes ; en d'autres termes, la dilatation lymphatique congénitale évolue également en terrain préparé, selon l'idée de Delobel :

« A côté de ces cas où seul l'élément congénital a été invoqué comme cause productive de l'ectasie lymphatique, nous devons envisager ceux où on ne lui attribue qu'un rôle secondaire, et nous demander s'il existe réellement une pré-

disposition congénitale pour les varices lymphatiques par suite de la résistance moins grande des vaisseaux.

» Il nous semble qu'il faut tenir grand compte de ce facteur étiologique : les prédispositions individuelles et congénitales. C'est l'opinion de Binet et Désert, qui admettent pour les varices lymphatiques une origine analogue à celle des tumeurs vasculaires sanguines. C'est également l'opinion de Carter : « J'ai souvent été frappé, dit cet auteur, de la » texture délicate des parois vasculaires chez les natifs de » l'Inde. »

» Il existe de ce fait une raison anatomique. Elle résulte des recherches de Corre, qui a décrit sous le nom de lymphatexie cet état anatomique particulier que l'on rencontre dans les tissus lymphatiques chez les indigènes des régions tropicales.

» Dans nos pays occidentaux, il est probable qu'il existe aussi une sorte de diathèse ectasique encore mal connue et peu observée, ce qui nous explique la grande rareté de varices lymphatiques par rapport à la fréquence considérable des adénites, lymphangites et autres inflammations; mais qu'une infection vienne se greffer sur un sujet atteint de cette prédisposition congénitale, elle pourra produire l'affection que nous connaissons sous le nom de varices du derme.» (Thèse de Delobel, Paris, 1902).

Ce n'est pas cependant avec l'aide d'une hypothèse que nous prétendons fournir un appui suffisant à notre assertion. Il existe un argument plus probant en faveur du rapport que nous voulons établir entre la lymphangiectasie congénitale et la lymphangiectasie filarienne, c'est l'identité macroscopique et miscrocopique de leurs lésions. Au cours. du prochain chapitre, l'étude anatomique du lymphangiome pédiculé de l'aine d'origine filarienne nous montrera la parfaite similitude de ses lésions, avec celles du lymphangiome congénital, qu'on rencontre couramment dans les pays froids.

Reprenant en quelques mots les idées que nous avons

essayé de développer dans ce long paragraphe, nous concluons :

1° *Que toutes les lésions de la filariose procèdent d'une même pathogénie qui conduit à la lymphangiectasie,* c'est ce que nous avons appelé **l'unité pathologique des lésions de la filariose.**

2° *Que toutes les affections du système lymphatique, dont la pathogénie procède d'un facteur mécanique, produisant l'obstruction des vaisseaux lympathiques et d'un facteur pathologique, produisant leur inflammation, auront des lésions identiques à celles de la filariose : c'est ce que nous avons appelé : la* **non-spécifité pathologique des lésions de la filariose.**

DEUXIÈME PARTIE

LA FILARIOSE DANS LA RÉGION DE L'AINE

(région crurale, inguinale et inguino-scrotale)

Adénolymphocèle. — Varicocèle lymphatique

Lymphangiome pédiculé inguino-scrotal

I. Historique

Si la filaire n'a été découverte qu'à une époque relativement récente, on peut dire que de tout temps ses manifestations ont été connues, et il est intéressant de voir les anciens auteurs constater la fréquence des affections du système lymphathique dans les pays chauds, en chercher une multitude de causes, et quelques-uns seulement, en soupçonner l'origine parasitaire. Pour ce qui concerne les tumeurs lymphangiectasiques de l'aine, plusieurs cas en ont été publiés depuis le commencement du siècle dernier. Les observations d'Amussat, de Nélaton et de Trélat sont rapportées dans la thèse de Théophile Anger (1867). Ce dernier montre que les tumeurs dont il s'agissait étaient constituées surtout par des dilatations glanglionnaires, il sépare nettement cette affection des varices lympathiques réticulaires ou tronculaires, et lui donne le nom d'*adénolymphocèle.*

Mazaé Azéma, médecin de la Réunion, trop oublié dans l'histoire de la filariose, avait déjà écrit en 1858, dans la *Gazette médicale de Paris* (n° 3, p. 35) : « Depuis que notre attention a été éveillée sur ce point, j'ai souvent observé dans notre colonie, surtout chez les jeunes gens et chez les jeunes femmes, des tuméfactions ganglionnaires du pli de l'aine, sur la nature desquelles des médecins peu attentifs s'étaient complètement mépris et qui n'étaient autre chose que des ganglions lymphatiques dilatés... »

Plus loin, il signale la coexistence de ces tumeurs avec la chylurie chez certains malades.

En 1878 et 1879, il fait paraître deux fascicules, sous le titre de : « *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds* », où il décrit cette lymphangite dans sa forme chronique comme un acheminement aux dilatations et tumeurs lymphatiques.

Après la découverte du parasite, plusieurs années s'écoulèrent avant que la corrélation s'établit entre ses diverses manifestations. P. Manson a fait faire un grand pas à la question en affirmant que l'éléphantiasis, la chylurie, les varices lymphatiques avaient la même origine : l'obstruction des vaisseaux lymphatiques par la filaire, ses embryons ou même ses œufs.

La notion de la dilatation lymphatique, première étape de lésions filariennes, était alors précisée.

En France, après le travail de Barth en 1881, qui résume toute l'histoire de la filariose jusqu'alors connue, paraissent les mémoires de Lancereaux, Moty, Demons-de Nabias et Sabrazès, Schwartz, etc., et les séries de communications de Léon Audain (d'Haïti) et de A. Le Dentu. A l'étranger, il faut citer aussi Magalhaës, Maitland, Crawford, etc. Nous rencontrerons tous ces noms au cours de la description des tumeurs lymphangiectasiques de la région de l'aine, mais pour résumer ici l'historique de cette partie que nous devons traiter, nous dirons que, pour *l'adénolymphocèle*, c'est Théophile Anger qui, en 1867, bien qu'ignorant son origine parasitaire, en a

fait, sous l'influence de Nélaton, la description anatomo-clinique restée classique en France. Mais en Allemagne, Wirchow et H. Gross ont substitué à cette doctrine de Nélaton et de Th. Anger la théorie de l'adenolymphocèle considérée comme lymphangiome.

Pour le *varicocèle lymphatique*, c'est Moty (1892) qui en fait la première étude clinique. Avant lui, les auteurs ne faisaient que mentionner cette manifestation de la filariose. Après Moty, L. Audain insista sur les crises douloureuses (*colique filarienne*) et précisa le traitement opératoire de la tumeur. Enfin, au sujet du *lymphangiome pédiculé-inguino-scrotal*, nous croyons que les premiers cas publiés peuvent être attribués au professeur Le Dentu (1897 et 1898). Ces communications furent confirmées par celles du professeur Brant Paes Lerme (de Rio-de-Janeiro) qui a rencontré la même tumeur chez un filarien (1899).

II. ÉTIOLOGIE

1° *Causes prédisposantes*. — L'historique a fait voir que bien avant la découverte de la filaire, la fréquence des affections du système lymphatique dans les pays chauds était signalée par beaucoup d'auteurs. Quelques-uns parmi ceux-ci en ont soupçonné l'origine parasitaire, mais tous se sont accordés à reconnaître que les climats tropicaux créait des aptitudes pathologiques du système lymphatique, Fonssagrives, depuis 1856, dans son *Traité d'hygiène navale,* décrivait les modifications de l'organisme chez l'Européen transplanté dans la région équatoriale. » En 1878, Mazaé-Azéma, précisant l'étiologie des tumeurs lymphatiques des pays chauds, dont il ignorait ou ne voulait point admettre l'origine parasitaire, découvre à ces tumeurs des causes prédisposantes, telles que l'appauvrissement du sang et la trop grande activité du système lymphatique sous les

influences climatériques et telluriques (chaleur et humidité combinées, paludisme, mauvaise hygiéne), et sous l'influence d'autres conditions telles que l'âge, la grossesse, la ménopause, l'hérédité, etc.

En 1887, Corre, dans son livre des *Affections des maladies tropicales*, appelle *lymphatexie* un état *sui generis* du système lymphatique dans les pays chauds. Reprenant les idées d'Azéma. Il conclut que cette lymphatexie résulte : 1° d'actions climatériques qui la préparent ; 2° d'actions somatiques qui l'entretiennent et qui lui donnent comme le cachet d'une *diathèse* acquise ; 3° d'actions infectieuses qui l'aggravent en se surajoutant aux précédentes. Ces actions combinées conduisent à la dilatation et aux tumeurs lymphatiques, et point n'est besoin, d'après Corre, de leur chercher une origine parasitaire.

Prenant la question à l'heure actuelle de nos connaissances, nous devons nous demander quelle est la part qui revient dans l'étiologie des tumeurs lymphathiques à ces causes prédisposantes.

Il est évident que leur importance était exagérée par ce fait que la vraie cause occasionnelle, la filaire, aujourd'hui incontestée, était alors ignorée ou inadmise.

Nous ne saurions, à notre tour, nous appuyer sur cet argument sophistique que le climat chaud, étant condition première de l'existence du parasite, devient, par suite, cause première de ses manifestations.

Il est néanmoins difficile de ne pas admettre que le système lymphatique, par l'augmentation de son activité fonctionnelle, selon l'expression de Mazaé-Azéma, ne puisse subir à la longue quelque modification dans sa structure générale, mais nous ne croyons pas qu'il existe aucun document anatomique bien précis à ce sujet.

Cette hypothèse du « terrain préparé » serait vite anéantie, s'il était possible de faire agir le parasite chez un sujet qui n'aurait jamais quitté les climats froids ; toute cause prédisposante aurait été ainsi supprimée. Mais dans l'impossibilité

absolue de l'expérience, nous devons nous en tenir à l'observation courante au sujet de la filariose en général.

Elle nous apprend que dans son domaine géographique, la filariose se manifeste aussi bien chez l'indigène, blanc et nègre, que chez l'européen transporté dans la région.

C'est pendant l'adolescence surtout qu'elle apparaît; la première enfance en est toujours préservée, elle atteint les individus des deux sexes, mais les tumeurs lymphangiectasiques se rencontrent surtout chez l'homme.

Pour l'Européen, elle ne se manifeste que plusieurs mois et parfois plusieurs années après son arrivée dans le pays. La période d'incubation est donc très longue.

Enfin, dans les deux races, la filaire peut être trouvée dans le sang d'un individu sans entraîner aucun accident. C'est la *filariose latente.*

Les désordres pathologiques apparaîtraient surtout chez les individus présentant un tempérament lymphatique.

Nous voyons que la période d'incubation est toujours longue et peut ne pas aboutir au développement de la maladie.

Lorsque celle-ci se manifeste, il est permis de supposer, avec les anciens auteurs, que le système lymphatique a déjà subi quelque modification.

En quoi consiste-t-elle ? Est-ce une composition spéciale de la lymphe amenant une altération des parois des vaisseaux lymphatiques, soit une perte de leur tonicité? Nous l'ignorons.

Nous avons voulu seulement rappeler l'attention sur ces causes prédisposantes qui nous semblent avoir été trop abandonnées des auteurs modernes. Si dans la tuberculose le sujet doit être tuberculisable, la comparaison ne peut-elle s'étendre à la filariose? Il y a là des recherches anatomiques intéressantes à faire sur l'altération des parois des vaisseaux lymphatiques des sujets habitant les pays chauds. Nous avons cru pouvoir accepter l'idée de la diathèse climatérique dans le parallèle que nous avons tracé plus haut entre la varice lymphatique et la varice veineuse.

Causes occasionnelles. — Les anciens auteurs décrivaient, comme cause occasionnelle aux lymphangiectasies et tumeurs lymphangiques, la suppression de la *vis a tergo* par l'effet de la pesanteur, de l'insuffisance valvulaire et de l'engorgement ganglionnaire faisant obstacle au cours de la lymphe.

Ce sont là, on le devine, des états conséquents de la cause première, le parasite.

Nous avons décrit dans la première partie la pathogénie générale des lésions qu'il occasionne. Nous n'aurons maintenant qu'à passer à l'étude des tumeurs lymphangiectasiques de la région de l'aine.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

α) Adénolymphocèle.

L'adénolymphocèle est l'altération subie par les ganglions dans leur aspect et dans leur structure par suite de la dilatation variqueuse de leurs vaisseaux lymphatiques. Telle est la définition restée classique en France. C'est celle que nous développerons en premier lieu, nous réservant de la discuter après l'étude anatomique complète des autres tumeurs lymphangiectasiques de l'aine.

Nous n'avons pas à insister sur la structure du ganglion. On sait que celui-ci est formé d'une substance folliculaire, (corticale et médullaire), traversée par de nombreux conduits lymphatiques, intermédiaire des vaisseaux afférents et efférents.

Le ganglion pouvant être considéré en quelque sorte comme une véritable masse formée de voies lymphatiques, il est évident qu'il est prédestiné aux manifestations de la filaire. Aussi les tumeurs formées par la dilatation ganglionnaire ont elles les premières attiré l'attention.

Les observations d'Amussat, de Nélaton et de Trélat, la thèse de Th. Anger, le livre d'Azéma en sont la preuve.

En 1825, Amussat trouva, à l'autopsie de son malade, natif de Bourbon, une tumeur constituée par « un sac noueux, irrégulier, comme *les vésicules spermatiques ouvertes*, donnant issue à de la lymphe. » Les lésions s'étendaient sous l'anneau crural jusque dans la cavité abdominale.

Deux ans après, Nélaton publie une observation semblable: Il s'agit d'une jeune créole venue à Paris pour se faire opérer d'une double tumeur érectile lymphatique des aines. Nélaton enleva une des tumeurs et l'opération fut suivie d'une angioleucite diffuse phlegmoneuse, promptement mortelle. L'examen de la tumeur du côté qui n'avait pas été touché, permit à Nélaton et à Sappey de reconnaître qu'elle était formée par la dilatation variqueuse des vaisseaux qui entrent dans la composition des ganglions lymphatiques.

En 1864, U. Trélat décrivait ainsi à la Société de chirurgie les désordres constatés à l'autopsie d'un jeune homme de l'île Bourbon qui présentait des tumeurs lymphatiques des aines :

« La dissection de la tumeur droite nous montra que celle-ci était en majeure partie sous le fascia cribriforme, en avant des aponévroses du psoas et des adducteurs, qu'elle laissait échapper, dès que le scalpel intéressait sa surface, un liquide opaque épais et d'un rose jaunâtre, qu'elle était constituée par des lobes rapprochés les uns des autres et communiquait manifestement avec les vaisseaux lymphatiques profonds.

...En décollant le péritoine de la paroi abdominale postérieure, on apercevait le long des vaisseaux iliaques une masse plus grosse que le pouce, formée de conduits pelotonnés, enroulés les uns aux autres, se dirigeant généralement de bas en haut. La même disposition existait des deux côtés. Vers les piliers du diaphragme, ces deux masses se rapprochaient l'une de l'autre et confinaient par leurs bords. Elles remontaient plus haut et s'engageaient probablement sous le diaphragme. »

Telles sont les observations rapportées en 1867 par Th. An-

ger, dans sa thèse de doctorat. Mais il a trouvé la même affection chez un camionneur qui n'a jamais quitté la France. Il fait une étude des plus précises de cette dilatation variqueuse des ganglions, et c'est lui qui la dénomma *adénolymphocèle.*

La description anatomique et clinique de la tumeur était faite.

En 1877, Mazaé Azéma, observant depuis longtemps, à la Réunion, ces affections du système lymphatique, en trace l'étude étiologique. L'occasion se présente pour lui, de faire l'autopsie de quelques malades porteurs de tumeurs lymphatiques de l'aine, et il étudie la propagation de la lymphangiectasie. Nous en parlons dans l'étude de l'évolution de la maladie.

Après Th. Anger et Mazaé-Azéma nous entrons dans la période où l'adénolymphocèle est rattachée à la filariose. Comme pour toutes les manifestations de cette maladie, ce n'est que peu à peu que l'on est arrivé à cette conclusion. Les mémoires ou observations de Verneuil, Chipault, Poix-Bessio, Moty, Demons-de Nabias et Sabrazès, Audain, A. Le Dentu et Schwartz y ont le plus contribué.

Nous ferons alors un résumé de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique de l'adénolymphocèle, nous servant surtout des descriptions de Th. Anger et de Mazaé Azéma.

L'adénolymphocèle, dans la majorité des cas, se trouve à l'aine et le plus souvent du côté gauche (Mazaé-Azéma); mais nous avons dit que les ganglions de toutes les régions du corps pourraient être altérés dans la filariose.

On a rencontré l'adénolymphocèle à l'aisselle (Scheube), à la paroi abdominale (A. Le Dentu), à la fesse (Terrier). Dans ces deux derniers cas, il s'agissait d'extension de la tumeur siégeant primitivement à l'aine.

L'adénolymphocèle peut être superficielle ou profonde. A l'aine elle est située dans le triangle de Scarpa, au-dessus ou au-dessous du fascia cribriformis selon le groupe de ganglions

auquel elle appartient : mais elle a toujours comme plan profond les aponévroses du psoas ou des adducteurs.

Si nous considérons la tumeur de volume moyen, ce qui frappe le plus après l'incision, dans l'opération chirurgicale ou dans l'autopsie, c'est l'atmosphère de graisse qui l'entoure et qui pourrait prêter à la confusion avec un lipome. L'aspect extérieur montre bien qu'elle se subdivise en lobes ; mais ceux-ci sont tellement noyés dans la masse adipeuse qu'on dirait une tumeur unique surmontée de bosselures peu marquées. Cependant, après avoir enlevé toute cette partie graisseuse, on reconnaît que ces bosselures sont indépentes les unes des autres. Les interstices qui les séparent étaient entièrement remplis par la graisse.

Celle-ci est beaucoup moins considérable quand il s'agit de tumeurs plus volumineuses. A mesure que l'adénolymphocèle progresse, elle contracte des adhérences avec les parties avoisinantes et surtout avec la peau. On ne trouve plus une masse glandulaire limitée dans une enveloppe graisseuse très épaisse, mais au contraire une masse diffuse qui tend à s'aplatir sur les parties profondes.

La tumeur dépouillée de sa graisse, son aspect rappelle celui d'un sac noueux, irrégulier comme les vésicules spermatiques ouvertes, suivant la comparaison d'Amussat ; ou mieux d'un amas de canaux noueux et pelotonnés.

Ces canaux sont les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes qui entrent dans la composition du ganglion. Ils sont flexueux, repliés plusieurs fois sur eux-mêmes et ont de 2 à 3 millimètres de diamètre (Nélaton). Leur dilatation est, on le voit, considérable et les varicosités qu'ils présentent envahissent presque la substance du ganglion, qui semble avoir disparu dans une métamorphose caverneuse. Pénétrant plus avant dans leur constitution Th. Anger a vu que leur enveloppe était souvent double : une interne, épaisse, résistante et hypertrophiée entoure chacune des masses glandulaires. On y aperçoit les ouvertures béantes de gros troncs dilatés qui perforent la capsule propre en s'unissant intimément à elle.

En se continuant dans la glande, ils lui abandonnent leur tunique adventice. Une seconde enveloppe, plus externe, est commune à toute la tumeur. Elle est fine et lâche, sillonnée de vaisseaux sanguins, et envoie des expansions qui se confondent avec la tunique propre des lobes.

Le parenchyme glandulaire subit d'importantes modifications, il n'est plus constitué par le tissu élastique et ferme de l'état sain : sa consistance devient molle spongieuse. Malgré la confusion plus apparente que réelle d'une texture compliquée de canaux et de lacunes spongieuses, il est souvent possible d'y décerner les substances corticales et médullaires de la glande. Dans la première se retrouvent les sinus ou conduits périfolliculaires très exagérés, mais avec leur direction rectiligne et concentrique. Dans la seconde, les vaisseaux sont encore plus dilatés.

D'autresfois, toute la masse centrale apparaît comme formée d'un tissu conjonctif dense creusé de larges lacunes lymphatiques et percée de vaisseaux de même nature à parois sclérosées. On peut même rencontrer dans le stroma conjonctif, des nodules de lymphocytes assez volumineux et des cellules embryonnaires éparses entre les fibres, ainsi que nous l'avons constaté dans l'examen microscopique d'une pièce qui nous a été montrée par M. le Dr Pettit, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cet élément nouveau donne matière à une discussion que nous entreprendrons après l'étude du lymphangiome proprement dit.

A l'incision, toutes ces tumeurs ganglionnaires laissent s'écouler un liquide opaque et lactescent qui n'est autre chose que la lymphe.

Celle-ci devient considérable dans une forme particulière de l'adénolymphocèle, la forme kystique, au sujet de laquelle nous reviendrons plus loin.

Il n'entre pas dans notre sujet d'analyser la composition de cette lymphe. Elle n'apporterait aucun caractère différentiel entre les tumeurs lymphangiectasiques de l'aine.

Telle est, brièvement, la description anatomique de l'adé-

nolymphocèle ; mais nous n'avons considéré jusqu'ici que la tumeur proprement dite. Nous avons dit qu'elle se trouvait toujours dans la continuation des vaisseaux lymphatiques, superficiels ou profonds. Ces vaisseaux lui seront donc, les uns afférents, les autres efférents, formant *deux pédicules*, dont les directions dépendront du siège de l'adénolymphocèle.

« *Il existe deux catégories d'adénolymphocèle.* Les unes se développent dans le groupe le plus élevé de ganglions lymphatiques de l'aine; elles ont leur origine dans une lésion des bourses (éléphantiasis ou lymphoscrotum).

Leur pédicule inférieur se trouve à la partie supérieure et externe du scrotum ; il est juxtaposé au cordon spermatique, mais n'a rien de commun avec lui. Le pédicule supérieur s'engage dans le canal crural.

La seconde catégorie d'adénolymphocèles est développée au dépens du groupe inférieur des ganglions de l'aine ; leur pédicule inférieur est constitué par les lymphatiques de la cuisse. Le pédicule supérieur s'engage également dans le canal crural (Le Dentu, Société de chirurgie, 21 déc. 1898).

Si l'on poursuivait l'examen du pédicule supérieur dans sa continuité au-delà du canal crural, on se rendrait compte que la lymphangiectasie remonte jusqu'au canal thoracique. C'est ce qu'ont montré les autopsies mentionnées plus haut, ainsi que les travaux de Mazaé-Azéma.

Cette progression en hauteur est un caractère commun à toutes les lymphangiectasies qui ont leur manifestation dans l'aine. C'est pourquoi nous n'avons pas à y insister pour le moment, voulant surtout différencier nettement l'adénolymphocèle des autres tumeurs filariennes de l'aine, que nous décrirons ensuite ; nous résumerons sa description anatomique selon la doctrine classique que nous avons exposée :

L'adénolymphocèle est une altération subie par les ganglions dans leur aspect et dans leur structure. Ce qui domine dans cette altération, c'est la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques de ces ganglions et l'hypertrophie de

leurs parois. Autour de ces vaisseaux on trouve en général du tissu réticulé et caverneux, provenant de la transformation du tissu ganglionnaire. La masse ainsi constituée est rattachée à deux pédicules, formés par les vaisseaux afférents et efférents. Le pédicule supérieur s'engage toujours dans le canal crural.

β) **Varicocèle lymphatique**

Il est difficile de dire quels sont les premiers auteurs qui aient fait mention des varices lymphatiques du cordon. En 1891, Robert en présentait deux cas à la Société de chirurgie, sans autre réflexion à leur sujet que la certitude de leur origine filarienne. En 1892, Moty, dans la *Revue de chirurgie* en publie cinq observations, et fait la description anatomo-clinique de la tumeur formée par cette dilatation lymphatiques. Il signale la corrélation qui existe entre elle et les lésions du testicule que décrivait A. Le Dentu, en 1887. C'est là un point important, comme nous le verrons par la suite. Voici les lésions décrites par Moty (*Revue de chirurgie*, 1892. Contribution à l'étude sur la filariose. Varices lymphatiques inguino-scrotales).

« La totalité de l'appareil testiculaire est intéressée : on ne distingue plus l'épididyme et l'on trouve à la palpation une masse assez ferme, mais élastique, sans noyau d'induration et irrégulièrement ovalaire. A cette masse qui n'est autre que le testicule, fait suite un cordon légèrement augmenté de volume ; ces lésions se produisent plus ou moins rapidement avec ou sans fièvre ; elles s'accentuent souvent à la suite de poussées douloureuses et fébriles, qui peuvent se répéter plusieurs fois, et en effet, en interrogeant bien les malades, on acquiert la conviction qu'il y a toujours eu à une époque donnée une manifestation plus ou moins inflammatoire dont ils ne se sont pas expliqué la raison. Le gonflement procède donc habituellement par poussées successives aiguës ou

subaiguës, séparées par des intervalles de repos plus ou moins longs.

En même temps, la dilatation du cordon s'accentue, débutant immédiatement au-dessus du testicule et gagnant peu à peu le canal inguinal. Elle peut devenir énorme, et comme elle se fait également par poussées, elle simule assez bien une hernie avec tendance à l'engouement. Une fois la dilatation étendue au contenu du scrotum et au cordon, elle est même le siège de nouvelles manifestations qui occupent le testicule, le cordon ou la totalité de la masse lymphangiectasique et qui peuvent être prises pour des étranglements herniaires, des orchites ou des hydrocèles aiguës ; arrivées à ce degré, les dilatations sont presque toujours bilatérales ; elle remontent jusqu'au hile du rein et quelquefois jusqu'au canal thoracique que Mackenzie a trouvé oblitéré dans un cas suivi de mort, par abcès sous-claviculaire et pleurésie. »

En 1894 et 1898, L. Audain, décrivit, comme symptômes fonctionnels du varicocèle lymphatique, les crises douloureuses aiguës signalées déjà par Moty, les appela *colique filarienne* ou fausse colique néphrétique, et établit un rapport entre ces crises et celles de cette orchite connue depuis longtemps sous le nom d'orchite paludéenne et rattachée par lui à la filariose. Il proclama que le varicocèle lymphatique était une conséquence de la filariose testiculaire, en d'autres termes qu'il marquait une étape de plus dans la lymphangiectasie génitale.

»... Que la filaire vienne à se loger dans le système lymphatique testiculaire, deux cas peuvent se produire : ou bien la circulation sera simplement entravée dans l'un des troncs, ou elle sera interrompue. Dans le premier cas, on constatera du côté du testicule une *certaine* gène de la circulation lymphatique, caractérisée par de la tuméfaction, de la douleur et souvent par un épanchement dans la vaginale (forme orchitique).

» Au bout d'un temps assez court, la circulation lymphatique se rétablissant par les anastomoses, toute douleur cessera.

» La glande, néanmoins, conservera un volume supérieur au volume antérieur à cause de l'épanchement de lymphe qui s'est fait dans le tissu conjonctif.

Qu'il y ait oblitération totale, la gêne sera plus grande, les douleurs plus violentes, la tuméfaction plus marquée. Mais comme le testicule n'est pas un organe extensible, *l'effort va porter non seulement sur les radicules lymphatiques, mais sur toute la partie du tronc située au-dessous de l'obstacle.*

» Si l'on se rappelle le trajet abdominal des troncs lymphatiques du testicule, on comprendra que les douleurs produites par cette distension intérieure suivent une direction assez analogue à celles qu'on observe dans la colique néphrétique et que les tableaux cliniques sont presque identiques dans ces deux affections (forme uretèrique ou colique filarienne).

» Il importe également de ne pas négliger les irradiations par action réflexe ; celles-ci se produisent du côté opposé et rendent bien compte de la sensibilité de l'autre testicule, des douleurs que le malade accuse le long de l'autre uretère, des phénomènes spasmodiques du col vésical et de l'anus. Suivons maintenant le trajet des veines, artères spasmodiques et des tissus lymphatiques testiculaires qui les accompagnent.

» En un point de son trajet, ce paquet vasculo-lymphatique croise la direction de l'uretère au-devant duquel il est placé. Quoi d'étonnant, dans ces conditions, que les vaisseaux gorgés de lymphe, distendus, exercent une compression sur l'uretère, capable *d'interrompre momentanément le cours de l'urine, d'éveiller les douleurs qui suivent dès lors réellement les irradiations de la colique néphrétique* et d'offrir tous les symptômes fonctionnels observés dans cette maladie ?

. . . .

» Quelle que soit la variété clinique de la filariose génitale à laquelle on a affaire (je ne parle naturellement pas de l'éléphantiasis du scrotum et de la verge), tout *le système lymphatique testiculaire est malade, est ectasié* depuis les radicules jusqu'aux ganglions lombaires. Dans la colique

filarienne qui, au point de vue clinique, représente à notre esprit un effort de la maladie plus spécialement localisée dans la partie abdominale des troncs lymphatiques testiculaires, l'ectasie porte non seulement sur cette portion des lymphatiques et sur les radicules lymphatiques au niveau du testicule, comment le prouvent la tuméfaction et les douleurs testiculaires, mais encore sur la portion intermédiaire, sur les lymphatiques des cordons. L'anatomie pathologique vient nous le démontrer.

» De même le varicocèle lymphatique ne va pas en général sans lésion des lymphatiques testiculaires et sans ectasie de la portion abdominale des troncs lymphatiques testiculaires. »

Nous devons cependant faire remarquer que la clinique ne donne pas toujours raison à cette pathogénie de L. Audain. Parmi les observations publiées, l'indépendance des lésions testiculaires, avec le varicocèle lymphatique a été constatée. Nous renvoyons, par exemple, à ce sujet, à notre observation inédite n° 7.

De plus, sans apporter ici une critique fondée, nous nous demandons si les poussées congestives dues à la lymphangite ne suffisent pas à amener cette irradiation douloureuse, intense, et à provoquer par action réflexe l'anurie, sans qu'il soit besoin pour cela de faire intervenir la compression de l'uretère par les vaisseaux dilatés. Il faut également envisager la possibilité de l'étranglement des vaisseaux dilatés dans le canal inguinal, comme l'avait déjà remarqué Moty.

Connaissant maintenant les théories émises au sujet de la marche du varicocèle lymphatique, nous devons considérer la tumeur telle qu'elle se présente à nous, son développement étant constitué, c'est-à-dire que nous allons résumer ses caractères anatomiques microscopiques, ainsi qu'ils ressortent des observations de Moty et d'Audain principalement :

Le varicocèle lymphatique a son siège dans la région inguino-scrotale, sur le trajet du cordon, entre l'anneau inguinal et le testicule. Quand la tumeur est unilatérale, elle pro-

duit ainsi une asymétrie du scrotum très marquée dans sa partie supérieure; plus rarement elle est bilatérale.

La peau qui la recouvre est mince, et présente des saillies et des bosselures mamelonnées. Quand on l'incise, on trouve d'abord, comme dans les tumeurs lymphatiques en général, une couche cellulaire, mais ici ce tissu est si dense qu'il devient nécessaire de le disséquer couche par couche (Audain); après section de la couche la plus interne, on aperçoit des vaisseaux lymphatiques volumineux qui s'engagent dans le canal inguinal. Ils sont pelotonnés sur eux-mêmes, très flexueux, plus dilatés en certains points qu'en d'autres, de telle sorte qu'ils prennent parfois un aspect *moniliforme*. Ce sont eux qui forment la masse volumineuse de la tumeur, et on en croirait le testicule complètement indépendant. Leur dilatation diminue à mesure qu'on s'avance vers la glande. L'obstruction agit surtout dans la partie supérieure des troncs, et ce sont les vaisseaux dilatés à ce niveau qui forment la tumeur proprement dite. A leur dilatation s'ajoute leur flexuosité, et l'on peut voir en les séparant les uns des autres que leur longueur devient parfois double de la normale. Audain en a mesuré de 55 centimètres. D'après lui, ils se présentent en plusieurs groupes, mais chaque tronc est toujours plus dilaté dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure, et, comme dans l'adénolymphocèle, cette dilatation remonte jusque dans la cavité abdominale. Il va de soi que l'hypertrophie des parois contribue à l'augmentation du volume des vaisseaux. On voit donc qu'il n'est point besoin du microscope pour différencier anatomiquement le varicocèle lymphatique. Son aspect, son siège, la disposition de ses éléments y suffisent.

γ) Lymphangiome pédiculé inguino-scrotal.

Adénolymphocèle et varicocèle lymphatique, telles étaient les tumeurs lymphangiectasiques d'origine filarienne qu'on décrivait jusqu'en 1897.

En août 1897, au Congrès de Moscou, le professeur Le Dentu apportait la notion nouvelle d'une tumeur volumineuse et à délimitation précise se manifestant dans la région inguino-scrotale comme le varicocèle lymphatique, mais affectant beaucoup plus nettement que celui-ci — nous le verrons dans la symptomatologie — les apparences cliniques de la hernie épiploïque inguinale. Sa constitution vraie ne pouvait être reconnue que sous le bistouri, et l'on s'apercevait que la tumeur était formée par des masses rappelant certains caractères des vaisseaux lymphatiques, mais distinctes des vaisseaux émanant du testicule.

Elle descendait de la cavité abdominale vers l'anneau inguinal, par un prolongement auquel elle était appendue comme une grappe suspendue à sa tige.

L'examen fait au microscope ayant montré l'identité histologique de cette tumeur avec les lymphangiomes congénitaux connus jusqu'alors, le professeur Le Dentu la dénomma : le *lymphangiome pédiculé inguino-scrotal.*

Après cette première communication rapportée à la *Revue de Chirurgie* de 1898, un autre cas semblable était l'objet d'une nouvelle observation parue à la Société de chirurgie en 1899; quelques mois après, le professeur Brant-Paes-Lerme confirmait l'existence de cette tumeur en publiant lui-même une observation à ce sujet. Enfin, deux cas inédits nous ont été communiqués par le Professeur Le Dentu.

Nous voulons, tirant parti de ces cinq observations, essayer de mettre en lumière les caractères anatomo-pathologiques du lymphangiome pédiculé inguino-scrotal.

Comme les malades dont il est question présentent presque tous plusieurs manifestations coexistantes de la filariose, nous nous contenterons de rappeler les titres de l'observation et de ne relever que les quelques lignes concernant la tumeur qui nous intéresse :

I. — (Congrès de Moscou. Septembre 1897. *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 8. Le Dentu.)

« *Lésions éléphantiasiques de l'épididyme et du cordon hydrocèle, varicocèle lymphatique et* **lymphangisme pédiculé inguino-scrotal** *placé à côté d'une hernie intestinale.*

. . . .

« Ayant dégagé le sac de l'hydrocèle et le testicule je m'occupe alors de la *masse supérieure.* Après l'avoir bien isolée de l'orifice superficiel du canal inguinal, je la sépare peu à peu et non sans peine de la partie supérieure du sac de l'hydrocèle. *Aucun prolongement inférieur autre que des tractus fibreux.* Une fois cette tumeur ainsi dissipée par en bas, elle ne tient plus à la paroi abdominale que par un gros *pédicule engagé dans le canal inguinal.* Son aspect graisseux et sa consistance permettent de croire qu'il s'agit d'une portion d'épiploon adhérent ; mais les doutes naissent dans mon esprit, lorsque je m'aperçois, après deux ou trois coups de ciseaux, que loin d'ouvrir un sac herniaire, je donne issue à du liquide louche un peu lactescent, s'échappant de lacunes juxtaposées. A côté de cette tumeur *se trouvait réellement un petit sac herniaire*, situé en dedans, où s'engageait facilement une anse d'intestin. De plus, d'énormes vaisseaux lymphatiques accompagnaient un magnifique varicocèle lymphatique qui s'engageait dans le canal inguinal sans se jeter dans la masse principale. Celle-ci était dans la région accessible au regard, *absolument indépendante de ces vaisseaux.* Elle leur était simplement juxtaposée et il *n'y avait pas de communication entre eux et elle.* Néanmoins, cette masse ne pouvait être qu'une tumeur d'origine lymphatique, lymphangiome ou adénolymphocèle, mais pour une adénolymphocèle il faut des ganglions, or, je n'en connais pas sur le trajet du cordon spermatique, ni dans les parties profondes du canal :

. . . .

» L'examen histologique fut pratiqué par M. le Dr Pettit, chef de laboratoire :

» Le volume des vaisseaux qui constituent la tumeur varie de plusieurs millimètres à quelques μ ; *à eux seuls*

ils forment exclusivement la masse qui existait dans la région inguinale du malade: en aucun point, en effet, je n'ai pu constater l'existence de ganglions lymphatiques.

» Les vaisseaux lymphatiques de grandes et de moyennes dimensions sont tapissés par un endothélium et ont des parois formées essentiellement de tissu conjonctif; dans les plus volumineux, il existe cependant quelques fibres élastiques. Dès que le vaisseau atteint un certain diamètre, ses parois ne sont plus pleines. *Elles sont creusées d'un grand nombre de petites cavités* remplies en majeure partie de leucocytes. A côté de ces vaisseaux nettement limités, on observe sur les coupes des formations spéciales qui méritent de retenir l'attention; au milieu des lacs de lymphe, on distingue une série de lames fibreuses dessinant une sorte de treillis irrégulier; l'examen des coupes sériées montre *qu'on est en présence de cavités caverneuses* limitées par des cloisons dirigées en tous sens; mais dans ce cas, j'ai en vain essayé de mettre en évidence un endothélium. L'élément élastique ne prend qu'une part secondaire dans la constitution de ces parois; les fibres de cette nature sont toujours très fines et isolées. Dans beaucoup de points, on observe des îlots épars de cellules embryonnaires. Les nerfs sont nombreux, mais semblent anormaux. Les parois du canal déférent sont parcourues par de nombreux lymphatiques.

» En somme, l'ensemble des lésions constatées dans la tumeur du canal inguinal se résume en une *multiplication de vaisseaux lymphathiques anormale par le nombre et par le volume.* La structure générale de cette masse rappelle assez bien celle des angiomes. On doit donc la considérer comme un *véritable lymphangiome.* »

. . . .

» Très peu de jours après l'opération faite au jeune homme dont je viens de rapporter l'observation, j'ai extirpé en ville un autre lymphangiome, celui-ci congénital, par le développement duquel je ne pouvais faire intervenir ni l'influence des climats chauds ni la filaire. La tumeur large comme le

creux de la main occupait la région de l'omoplate gauche. J'en fis le diagnostic avant l'opération. Elle a été traitée comme la première pour l'examen. Des tranches ont été prélevées à divers nouveaux. L'examen du liquide qui s'écoulait de la masse immédiatement après l'ablation n'a révélé aucune particularité. Les mêmes recherches renouvelées quelques temps après sont restées également sans résultat.

» On peut, même à l'œil nu, se rendre compte de certains détails de structure; examinées dans ces conditions, les coupes se montrent constituées par une série de vaisseaux dont le diamètre peut aisément atteindre un demi centimètre; l'emploi du microscope permet de constater que, comme dans le cas précédent, *ce sont les vaisseaux lymphatiques* qui, à eux seuls, constituent presque entièrement la tumeur : en effet, à côté des vaisseaux volumineux déjà signalés, il en existe qui ne mesurent que quelques μ de diamètre.

» Il importe de faire remarquer que les lésions de cette pièce rappellent de très près ce qu'on observait dans le premier cas : « Bien que mon attention ait été spécialement attirée sur ce point, dit M. Pettit, je n'ai pu cependant constater aucun caractère différentiel entre les deux tumeurs.

» Dans les deux cas, il s'agit d'un développement exagéré du système lymphatique, non pas d'une simple ectasie de quelques vaisseaux; il y a, à proprement parler, *néo-formation* de vaisseaux lymphatiques pouvant affecter des dispositions caverneuses.

» D'autre part, il n'existe pas de ganglions lymphatiques. Enfin on ne constate, en dehors de ces éléments, rien autre chose que des amas peu importants de petites cellules inflammatoires, ainsi qu'une faible proportion de tissu adipeux; par conséquent, il est rationnel de considérer ces deux tumeurs comme des lymphangiomes, qu'elles qu'aient pu être les conditions particulières de leur origine et de leur développement. »

II. — (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, décembre 1898, p. 1147. A. Le Dentu.)

Adénolymphocèle crurale et lymphangiome pédiculé inguino-scrotal.

. . . .

« Au cours de l'opération on se rend compte de la différence anatomique des deux tumeurs.

» L'adénolymphocèle est développée au dépens des ganglions de la cuisse. Les lymphatiques du membre aboutissent à son extrémité inférieure et elle se prolonge dans le ventre par un pédicule large de deux travers de doigt occupant l'infundibulum du canal crural en dedans des vaisseaux fémoraux.

» Ces deux pédicules sont liés, le premier, l'inférieur, avant la dissection complète de la tumeur; le second, à la fin de cette dissection.

» Le *lymphangiome* est extirpé après traction sur son *unique pédicule* engagé dans le canal inguinal, de manière à l'en dégager le plus possible.

. . . .

» Je peux affirmer que ces lymphangiomes n'ont pas un pédicule inférieur constitué par les lymphatiques du testicule. Elles ont seulement un pédicule supérieur dont je ne suis pas en mesure d'indiquer le point d'attache supérieur, n'ayant pas pu, au cours de mes opérations, attirer ces tumeurs assez bas pour l'apercevoir. Je suis réduit à supposer qu'elles sont formées par des grappes de vaisseaux lymphatiques détachées littéralement des lymphatiques du cordon ou de ceux de la fosse iliaque interne. La première hypothèse est rendue plus plausible par ce fait que je n'ai vu ces tumeurs s'engager que par le canal inguinal; j'ignore si on en a vu sortir par le canal crural. En tous cas, ce sont des tumeurs descendues à l'extérieur qui se réduisent en masse comme certaines hernies épiploïques et dans la constitution desquelles il n'entre que des vaisseaux lymphatiques. *Ce sont des lymphangiomes purs.* »

III. — (*Revue de chirurgie*, 1899, t. II, p. 38. Brant-Paes-Lerme (de Rio de Janeiro.)

Tumeur inguino-scrotale d'origine filarienne.

. . . .

« Au moment de l'opération, la tumeur affleurait l'orifice cutané du canal inguinal; je sectionnai la paroi antérieure du canal; la tumeur apparut avec une surface mamelonnée et une apparence de lipome.

» Une sérosité louche, roussâtre, s'écoule en bavant de la plaie. La tumeur est bien circonscrite; elle a l'aspect d'une *tumeur pédiculée* engagée dans le canal inguinal; elle n'a contracté *aucune adhérence avec les éléments du cordon.*

Examen histologique. — Deux petits fragments de la tumeur ont été prélevés, l'un au centre, l'autre à la périphérie de la pièce. ils ont été inclus dans la paraffine, débités en coupe de 10 à 20 μ, à l'aide du microtome de Schanze et colorés, soit avec la thionine phéniquée, le picro-carmin, le bleu de méthylène employé seul ou précédé de la coloration à l'éosine.

La tumeur est presque exclusivement formée de vaisseaux lymphatiques. Ces vaisseaux ont leur paroi très épaissie, mais facilement reconnaissable à la disposition de leurs fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux, isolées par des trainées de tissu conjonctif. A côté des vaisseaux, on trouve ça et là des groupes de cellules lymphatiques qui sont des lymphocytes ou des éosinophiles emprisonnées dans des mailles du tissu conjonctif réticulé. »

Deux observations inédites nous ont été communiquées par le Professeur Le Dentu. Nous les retraçons entièrement à la fin de cet ouvrage.

Voici ce qu'on y trouve au sujet du lymphangiome pédiculé :

IV. — (Observation inédite n° 5). « *Pseudo-hernie inguinale gauche constituée par un* **lymphangiome pédiculé**. (A. Le Dentu).

. . . .

» ...Une incision parallèle au cordon spermatique mit à nu une masse d'aspect gris rosé, à surface irrégulière, et formée par l'agglomération d'un très grand nombre de cordons enroulés et de bosselures, d'où s'échappait par places un liquide séreux, louche, très semblable à du thé mélangé d'une petite quantité de lait. Cette masse adhérait assez fortement au cordon spermatique. Il fut cependant possible de l'en séparer sans léser les éléments constitutifs de ce dernier. L'adhérence n'empêchait pas la réduction de la masse dans le ventre. La tumeur devait alors entraîner avec elle le cordon spermatique. La tunique fibreuse propre du cordon qui primitivement devait envelopper la tumeur était dissociée et presque entièrement méconnaissable.

» La tumeur *n'avait qu'un pédicule supérieur* logé dans le canal inguinal et émanant de l'abdomen. *Elle ne recevait pas un seul vaisseau lymphatique venant du testicule.* Celui-ci n'offrait pas de lésions apparentes.

. . . .

» La pièce fut montrée à la Société de Chirurgie. C'était bien un lymphangiome pur, descendu de la cavité abdominale et absolument indépendant des vaisseaux lymphatiques du cordon spermatique. *Elle n'avait donc rien de commun avec un varicocèle lymphatique.*

. . . .

» La massse était constituée entièrement par des vaisseaux lymphatiques très hypertrophiés, à parois épaisses, adhérant les uns aux autres, parfois séparés par de véritables lacunes ou alvéoles résultant de la fusion de certains vaisseaux par suite de la résorption de leurs parois contiguës. Aucun élément anatomique spécial n'était adjoint aux vaisseaux...

V. — (Observation inédite n° 6). *Pseudo-hernie inguinale droite constituée par un* lymphangiome pédiculé. *Hydrocèle droite concomitante.* (A. Le Dentu).

. . . .

» Une longue incision mit à nu la tumeur supérieure et ouvrit le canal inguinal. Cette tumeur n'était séparée des téguments que par une couche très lâche de tissu conjonctif. Elle n'était pas enkystée. Le bistouri arrive rapidement sur elle et en entame un point d'où s'échappait un peu de ce liquide semblable à du thé mélangé de lait, caractéristique des tumeurs lymphatiques ganglionnaires ou vasculaires.

» Alors, seulement, je dois l'avouer, je fus tout à fait fixé sur la nature de cette production.

» *Elle n'avait pas de pédicule inférieur, et elle était pédiculée par en haut,* profondément jusqu'au delà du canal inguinal. Sous elle j'aperçus quelques vaisseaux lymphatiques un peu hypertrophiés auxquels je ne touchai pas... »

L'examen histologique fut pratiqué par le Docteur Pettit, chef de laboratoire.

« Les masses extirpées sont injectées au liquide osmio-picro-argentique de Renaut, incluses au collodion et colorées suivant des procédés usuels.

Le tissu extirpé est surtout formé par des vaisseaux lymphatiques à endothélium très net, mais à parois imparfaites ; on a en somme, plutôt l'impression d'une sorte de système caverneux creusé dans un bloc de tissu conjonctif.

En outre, au milieu des voies lymphatiques il existe des amas cellulaires, de 1 à 2 millimètres de diamètre, rattachés au stroma conjonctif par des lamelles de même nature.

» Les amas comprennent du tissu réticulé, visible seulement sur les préparations pinceautées ou secouées, dont les mailles sont occupées par des lymphocytes. »

D'après ces cinq observations, nous résumerons ainsi les caractères de la tumeur :

Caractères macroscopiques.— La tumeur est formée par une masse irrégulière de volume variable, présentant un aspect

graisseux gris rosé semblable à une portion d'épiploon. Cette masse émane de la cavité abdominale ; elle tient à un long pédicule engagé dans le canal inguinal. Ce pédicule est unique. Il n'existe aucun prolongement inférieur autre que quelques tractus fibreux, faciles à disséquer. Adhérente le plus souvent aux éléments du cordon spermatique, la tumeur peut entraîner celui-ci dans sa réductibilité mais la dissection l'en dégage complètement, et elle n'est plus soutenue que par son pédicule. Un examen plus attentif permet de voir que cette masse est formée par l'agglomération d'un grand nombre de cordons enroulés et de bosselures, laissant échapper à l'incision un liquide opaque et lactescent qui n'est autre que la lymphe.

Caractères microscopiques. — La tumeur est formée d'une multiplication anormale de vaisseaux lymphatiques. Leur volume varie de quelques μ à quelques millimètres. Ils sont tapissés d'un endothelium très net, et leurs parois le plus souvent imparfaites sont formées surtout d'élément conjonctif, que perforent des leucocytes. Autour des vaisseaux apparaissent des cavités caverneuses que limitent des cloisons dirigées dans tous les sens en forme de treillis irrégulier. On rencontre çà et là, sur ces cloisons et dans les voies lymphatiques, de rares amas cellulaires formés de tissu réticulé dont les mailles sont occupées par des lymphocytes. Ces caractères histologiques sont identiques à ceux du lymphangiome congénital.

(Voir la figure représentée en dernière page.)

Parallèle anatomo-pathologique entre l'adénolymphocèle et le lymphangiome.

De la description anatomo-pathologique que nous avons faite au sujet des tumeurs lymphangiectasiques de l'aine, il résulte que l'adénolymphocèle et le lymphangiome ont des caractères différents qui ne permettent pas leur confusion. Cette conclusion aussi formelle serait possible, si l'é-

tude de l'anatomie pathologique de l'adénolymphocèle était restée conforme à la doctrine de Nélaton et de Th. Anger que nous avons exposée en premier lieu.

Le mot adénolymphocèle, créé par eux, exprimait nettement leur pensée, à savoir que la maladie était primitivement localisée dans le tissu propre des ganglions et avait son véritable point de départ dans ce tissu. Cette doctrine a régné et règne encore en maîtresse parmi le plus grand nombre de chirurgiens français. Cependant, depuis longtemps déjà, des doutes ont surgi, non seulement dans l'esprit d'un certain nombre d'anatomo-pathologistes, mais aussi chez plusieurs chirurgiens. Dès 1864, Trélat repoussait catégoriquement l'idée de formation glandulaire, en s'appuyant sur les résultats d'une autopsie personnelle. En 1874, A. Le Dentu et Longuet faisaient remarquer que, dans les adénolymphocèles examinées jusqu'alors, on n'avait jamais trouvé, à côté des ectasies lymphatiques, des traces du tissu ganglionnaire. Ils comprenaient ces tumeurs comme étant l'assemblage de plusieurs ectasies glandulaires consécutives à la lymphangectasie des ganglions lymphatiques.

Plus tard, Nepveu, Péan, Lancereaux, Cornil et Ranvier, Quénu, Lejars et d'autres auteurs attribuaient une importance prédominante, et même exclusive, à la dilatation et à la multiplication des vaisseaux lymphatiques. Ils se rapprochaient ainsi plus ou moins de la doctrine généralement adoptée en Angleterre et en Allemagne et d'après laquelle la tumeur serait un véritable lymphangiome. Cette théorie, émise par Wirchow, a été adoptée par la plupart de ses compatriotes. Elle a donné naissance à la classification de Wegner qui reconnaît dans les diverses formes de l'adenolymphocèle trois types distincts : les lymphangiomes simples, caverneux et kystiques.

Le parallèle de ces deux doctrines — origine ganglionnaire et origine vasculaire — a été fait avec beaucoup de rigueur et de conscience par H. Gross. Son travail, inséré dans les Archives de Langenbeck, en 1905, est une excellente étude

historique et critique. L'auteur, tout en penchant vers la doctrine allemande, n'ose pas se prononcer d'une façon absolument définitive. Lui seul, en Allemagne, s'est donné la peine d'étudier les faits nombreux publiés en France et représentant un ensemble déjà important de précieux documents.

Pouvons-nous prendre résolument partie pour l'une ou l'autre de ces doctrines ?

Nous aussi, nous sommes frappés de ce que les coupes pratiquées sur les adénolymphocèles n'y montrent parfois que des canaux, ayant les caractères des lymphangiectasies, ou ou des alvéoles méritant plus ou moins le nom de kystes, selon que leurs dimensions sont exiguës ou considérables. Nous sommes frappés également de ce que, dans les masses extirpées comme adénolymphocèles, les parties solides l'emportent souvent beaucoup sur les espaces lymphatiques, sous la forme de canaux ou de kystes. Une fois les canaux et les kystes vidés de leur contenu, la tumeur n'a souvent perdu qu'une partie relativement assez faible de son volume. Cette particularité ressort nettement des observations du professeur Le Dentu. Or, soumise à des examens histologiques attentifs, cette masse se montre constituée par un nombre de canaux plus ou moins dilatés, et souvent à parois épaisses, très supérieur à celui des vaisseaux lymphatiques qui, dans l'état normal, traversent les ganglions. Alors,comment ne pas admettre que la tumeur est due à une néoformation de vaisseaux lymphatiques, en un mot, qu'elle est, peut être uniquement un lymphangiome ?

Cette conception ne nous choque nullement, du moins pour la seconde phase de la maladie, mais convient-elle également à la première phase ? La connaissance des manifestations filariennes siégeant dans les vaisseaux lymphatiques du cordon spermatique va nous aider à formuler une conclusion. Là, nous verrons plus loin qu'il existe, à n'en pas douter, de simples varices; nous savons aussi qu'il peut se développer de véritables tumeurs allongées, qui semblent

être, en quelque sorte, l'amplification des varices elles-mêmes. On y rencontre les tumeurs pédiculées par en haut, méritant absolument la dénomination de lymphangiome, que M. Le Dentu leur a attribuée.

Pourquoi ne pas admettre aussi que les dilatations variqueuses développées dans les ganglions de l'aine, ectasies simples des vaisseaux lymphatiques, ectasies initiales, sont suivies de néoformations vasculaires et de la constitution de véritables lymphangiomes ? Le tissu ganglionnaire ne serait pour rien dans la lésion originelle. Refoulé excentriquement, il disparaîtrait sans doute très rapidement.

Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que la lymphangiectasie siégeant dans des ganglions, emprunte à cette particularité un caractère qu'elle ne présente guère là où il n'existe pas de ganglions. Elle aboutit naturellement à la formation d'alvéoles et de kystes, ceux-ci quelquefois très volumineux aux dépens des lacs lymphatiques de ces ganglions. Dans une observation inédite, que nous devons à l'obligeance de M. Morestin, on peut voir que la tumeur ganglionnaire, véritable kyste en bissac, s'étend jusque dans la cavité abdominale à travers l'anneau crural.

De cette interprétation conciliante des faits à l'idée que, l'*ectasie initiale des lacs lymphatiques représente déjà une forme de lymphangiome*, il n'y a qu'un pas. Beaucoup d'auteurs allemands, quelques auteurs français, l'ont franchi. Faut-il de toute nécessité suivre leur exemple ? En vérité, il est assez difficile de répondre, et nous préférons attendre pour nous faire une opinion définitive que l'étude de cette question soit sortie des obscurités qui l'enveloppent encore.

Voici un fait qui prouve combien la prudence s'impose dans l''interprétation des examens histologiques des adéno-lymphocèles. Jusqu'à l'année dernière, Auguste Pettit, le distingué chef de laboratoire du professeur Le Dentu, n'avait jamais rencontré, dans les tumeurs de ce genre extirpées par ce dernier, des éléments ou des tissus autres que ceux des adénolymphocèles classiques. Or, un élément nouveau apparaît

dans la tumeur d'un jeune homme d'Haïti, opéré l'an passé à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Cet élément, c'est *le tissu lymphoïde*. « Les masses extirpées comprennent », dit A. Pettit, « accessoirement, à la périphérie du tissu adipeux, au centre du tissu conjonctif dense ; ce dernier est creusé de larges lacunes lymphatiques ou percé de vaisseaux de même nature, à parois sclérosées. Le stroma conjonctif renferme *de volumineux nodules de lymphocytes* ainsi que des petits lymphocytes et des cellules embryonnaires éparses entre les fibres conjonctives. »

Nous voici rejetés loin du lymphangiome pur, à moins que ce tissu lymphoïde, au lieu de représenter une sorte de résidu ganglionnaire, ne soit lui aussi un tissu de néoformation, et caractérise une tumeur mixte, un *adéno-lymphangiome*, variété toute nouvelle, que personne n'a encore signalée. Cette interprétation serait justifiée par ce fait que, dans un de ces lymphangiomes pédiculés du canal inguinal, que nous avons étudié et que A. Le Dentu a extirpé à un jeune homme de Cayenne, en novembre 1904, (observation 6) A. Pettit a également trouvé du tissu lymphoïde. Or, il n'existe pas de ganglions lymphatiques dans le canal inguinal. Il s'agit donc forcément d'une néoformation. Dans ce cas, le tissu réticulé et les amas de lymphocytes sont beaucoup moins importants que les néoformations de vaisseaux lymphatiques, mais leur existence n'en est pas moins incontestable et difficile à interpréter.

De cette discussion nous ne tirerons aucune conclusion bien catégorique, au sujet de la différenciation histologique de l'adénolymphocèle et du lymphangiome. Nous dirons seulement que si le microscope est souvent incapable de faire cette distinction, il n'en est pas de même de l'examen macroscopique, qui montrera toujours, comme nous l'avons vu, des caractères bien nets pour chacune des tumeurs. Nous n'avons pas parlé dans ce parallèle du varicocèle lymphatique : son interprétation histologique ne pourrait prêter à aucune confusion.

II. SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC

Recherche de l'embryon de filaire

Nous avons dit au début de notre travail, qu'il ne fallait point considérer comme spécifiques les lésions de la filariose. Le diagnostic ne sera donc absolument sûr que si la filaire ou ses embryons sont trouvés dans l'organisme.

Nous savons combien il est difficile de rencontrer la filaire mère ; cet espoir ne serait donné que pendant l'intervention chirurgicale. C'est donc à l'embryon ou microfilaire que nous devons nous adresser.

Dans certaines lésions filariennes, sécrétant directement au dehors la sérosité lymphatique dans les cas de lymphorragie, l'examen du liquide, surtout après filtration, peut révéler l'existence de l'embryon. « Mais, fait remarquer Sabrazès, si la peau qui recouvre ces lésions est intacte, on ne peut recueillir directement le liquide à examiner ; il faut faire une ponction à l'aide d'une petite seringue stérile ou d'une pipette de Pasteur. Mais ces ponctions ne sont pas toujours inoffensives, car l'écoulement de la lymphe peut être intarissable ; vous avez créé une fistule lymphatique dont la compression ne viendra pas toujours à bout, et de plus, c'est là une porte ouverte à l'infection si facile des voies lymphatiques. Soyez donc bien réservés à l'égard de ce procédé ; ne le mettez en pratique que comme pis aller. » (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1896).

C'est dans le sang et le plus possible pendant la nuit, qu'il faudra chercher les embryons. Mais avec le procédé simple, employé couramment, l'examen a donné des résultats négatifs dans bien des cas de filariose incontestable. C'est pourquoi MM. Nattan Larrier et Bergeron eurent l'idée d'employer pour la filaire comme pour d'autres parasites, leur procédé

par *centrifugation ou hydrohémolyse*, qui avait donné d'admirables résultats pour la recherche des microbes dans le sang et notamment du bacille de Koch :

« Le sang à examiner est recueilli par ponction veineuse chez l'homme, par ponction du cœur chez l'animal, à l'aide d'une seringue de Roux stérilisée. Ce sang est *immédiatement* projeté dans un flacon de verre contenant *de l'eau distillée stérilisée* ; le mélange est agité pendant trois ou quatre minutes. Si l'on a eu soin d'employer 120 grammes d'eau pour 10 centimètres cubes de sang de lapin ou 200 grammes d'eau pour 10 centimètres cubes de sang humain, on obtient un liquide limpide, couleur sirop de groseille, dépourvu de tout flocon fibrineux. La totalité de ce liquide est répartie aussitôt dans deux ou quatre tubes coniques et centrifugée pendant quinze minutes. La centrifugation ne laisse apparaître dans chaque tube, si l'opération a été bien faite, qu'un très faible dépôt, toujours exempt de fibrine, et analogue à celui que donne la centrifugation de certains liquides céphalo-rachidiens. Il ne reste plus qu'à décanter le liquide, à dissocier les petits culots, à les aspirer à la pipette et à les étaler sur des lames rigoureusement propres : le produit de 10 centimètres cubes de sang peut être facilement étalé sur six à huit lames au maximum. » (Nattan Larrier et Bergeron, *Presse médicale*, 1905.)

Telle est la méthode employée pour le bacille de Koch. Mais elle peut être simplifiée pour l'embryon de filaire. Nous verrons comment fut examiné le sang d'un malade atteint d'éléphantiasis de la verge et du scrotum et qui n'avait présenté aucun embryon à l'examen ordinaire. (Le Dentu, *Revue de médecine et d'hygiène tropicales*, séance du 25 mai 1906.) :

« MM. Nattan Larrier et Bergeron ponctionnèrent directement au pli du coude la veine médiane basilique à l'aide d'une aiguille stérilisée. 10 centimètres cubes de sang furent ainsi recueillis dans une seringue stérilisée. Le sang fut immédiatement réparti par quantités égales dans deux fioles

de verre à fond plat et à long col. Chacune de ces fioles était soigneusement bouchée et contenait 100 grammes d'eau distillée stérilisée à l'autoclave. Les fioles furent agitées pendant trois ou quatre minutes; le sang fut ainsi complètement laqué et aucun coagulum fibrineux ne se forma. Le contenu de ces fioles fut centrifugé dans quatre tubes de 25 centimètres cubes.

» Après un quart d'heure, chacun de ces tubes contenait un petit culot grisâtre formé par les globules blancs. Ces culots furent répartis sur lames et examinés aussitôt ou après fixation par les vapeurs d'acide osmique.

» *Sur chacune des lames ainsi préparées, on trouva trois ou quatre embryons de filaires facilement reconnaissables à leurs dimensions, à la constitution de leur extrémité antérieure obtuse, à leur extrémité postérieure effilée, à leur corps granuleux.*

» Sur deux lames on trouva, en outre, des corps spéciaux qui auraient peut-être pu être identifiés avec des œufs de filaires ?

» *Ainsi l'examen par ponction de la veine du coude et l'emploi de l'hydrohémolyse permirent de déceler des embyons de filaire, alors que l'examen direct par ponction capillaire de l'extrémité digitale n'avait fourni aucun résultat.* »

Plusieurs cas semblables pourraient être cités. C'est donc là un procédé beaucoup plus sûr que le procédé ordinaire. En rétablissant à peu près les proportions indiquées, on peut se servir d'une quantité moindre de sang.

Le centrifugeur peut être quelconque, mais celui de Krause est le plus pratique.

CARACTÈRES CLINIQUES

Conservant la même méthode que précédemment, nous commencerons par décrire brièvement les caractères cliniques de l'adénolymphocèle et du varicocèle lymphatique.

Nous pourrons ainsi leur comparer ceux du lymphangiome pédiculé que nous établirons d'après les mêmes observations qui nous ont servi pour l'étude anatomique.

α) Adénolymphocèle

L'historique de l'adénolymphocèle ayant été déjà tracée, nous nous contenterons de faire un résumé clinique de la tumeur au point où en sont nos connaissances actuelles. Remarquons cependant, à ce sujet, qu'il n'y a presque rien eu d'ajouté aux travaux de Th. Anger et de Mazaé-Azéma ; nous leur empruntons la plus grande partie de cette description.

Comme toutes les dilatations variqueuses permanentes, l'adénolymphocèle, quand elle devient manifeste, marque une étape déjà avancée dans la marche de la filariose. C'est dire que la première période d'évolution de la tumeur passe souvent inaperçue, mais quand on palpe attentivement la région inguinale au niveau du triangle de Scarpa et sous le ligament de Fallope on sent trois ou quatre ganglions, plus volumineux que d'ordinaire, mous, dépressibles et roulant sous le doigt. Ils peuvent être unilatéraux ou bilatéraux, mais le plus souvent à gauche (Mazaé-Azéma). Lentement et graduellement l'espace qui les sépare se rétrécit de sorte que les masses glandulaires arrivent à se toucher et forment alors une tumeur pouvant varier de la grosseur d'une noix à celui d'un gros poing d'adulte et même davantage. Elle s'aplatit et tend à empiéter sur la région abdominale et sur le région du cordon.

Cette fusion des tuméfactions ganglionnaires peut ne pas s'effectuer et celles-ci peuvent se présenter au nombre de deux ou trois dans la même région ; c'est l'adénolymphocèle multiple.

Mais pour une étude clinique générale nous examinerons l'adénolymphocèle à l'état de tumeur simple dans la région inguino-crurale.

Dans son volume moyen, sa forme est légèrement allongée de haut en bas. Elle présente à sa surface des bosselures, mais jamais bien marquées et disparaissant avec l'évolution de la tumeur. Elle est recouverte le plus souvent d'une peau lisse où l'on voit des ramifications vasculaires. Les varices lymphatiques superficielles, qui l'accompagnent, peuvent déterminer des vésicules lymphatiques ; celles-ci, par leur rupture, laissent écouler continuellement de la sérosité. Telles sont les diverses apparences de la tumeur.

A la percussion, il est évident qu'on aura toujours une matité comparable à celle du lipome.

La palpation fournit de nombreux signes. On s'aperçoit que la tumeur est mobile sur les couches sous-jacentes. Sa consistance est en général molle, et la pression la réduit quelque peu, mais on en rencontre de plus résistantes. Cette réduction n'est, d'ailleurs, jamais complète, surtout quand le malade est dans la station verticale; elle est plus facilement opérable dans le décubitus dorsal. En exerçant sur la tumeur des pressions régulières, il semble qu'on refoule vers les parties supérieures comme un liquide épais, se déplaçant très lentement, et on a sous les doigts la sensation de *petits tubes* ou mieux *de pelotons enroulés dans tous les sens.*

Le repos au lit peut amener cette déplétion. C'est pourquoi, à leur réveil, les malades remarquent une diminution de leur tumeur. Au contraire, les fatigues musculaires et les efforts en augmentent le volume.

L'adénolymphocèle peut évoluer sans troubles généraux bien marqués, mais il se produit souvent des crises douloureuses aïgues, accompagnées de fièvres, nausées, vomissements, diarrhée, vertige. La région devient d'une extrême sensibilité, au point que le moindre contact augmente la souffrance. Enfin il peut se faire que l'infection gagne la tumeur lorsque celle-ci est surmontée de vésicules lymphatiques. Il se produit alors une lymphangite phlegmoneuse intra-ganglionnaire qui peut rapidement se généraliser. Ce

sont là des complications sur lesquelles nous reviendrons au sujet du pronostic.

Ce qui doit ici surtout nous intéresser, c'est le diagnostic différentiel de l'adénolymphocèle avec les autres tumeurs pouvant avoir le même siège dans l'aine. Quelques-unes s'en distinguent facilement, telle que le lipome, sa consistance plus ferme ne permet jamais sa réductibilité même partielle. Nous ne parlerons pas non plus de l'angiome, de l'abcès froid, etc., la confusion n'est guère possible. Ce serait du reste revenir sur ce que Th. Anger a déjà précisé.

Avec la hernie, l'erreur, souvent commise, se comprend un peu mieux, tout au moins pour la hernie épiploïque, car l'entérocèle simple s'en distingue davantage par sa consistance et sa complète réductibilité accompagnée de gargouillements.

Il n'en est pas de même de l'épiplocèle; plusieurs de ses caractères sont communs à l'adénolymphocèle : son siège dans le triangle de Scarpa, sous le ligament de Fallope, sa matité à la percussion, cette sensation de lobules en forme de pelotons enroulés, sa réductibilité quelquefois partielle. Cependant, on peut affirmer que dans l'adénolymphocèle, la tension par la toux est bien rarement aussi marquée. De même si l'on parvenait à réduire complètement l'épiplocèle, il n'y aurait plus d'hésitation, l'adénolymphocèle n'étant réductible que parce qu'elle est dépressible, sa réductibilité n'en sera jamais que partielle.

Voici ce que dit Moty au sujet du diagnostic :

« Au début, la consistance dure et élastique de la tumeur (adénolymphocèle), la font localiser facilement dans les ganglions lymphatiques de l'aine et permettent d'exclure la hernie; on peut hésiter alors entre un lymphadénome, une tuberculose ganglionnaire et une adénite. Dans ces cas, qui sont peut-être les plus difficiles à diagnostiquer, la formation lente et l'indolence de la tumeur, l'absence d'antécédents tuberculeux, la résidence ou le lieu de naissance du malade, seront des indices précieux; si l'on trouve en même temps

une hypertrophie testiculaire, si la lésion est bilatérale, s'il y a eu chylurie antérieurement, le diagnostic de filariose deviendra presque certain. » (*Revue de chirurgie*, 1892).

Peu après Magalhaès ajoutait le signe suivant, qui est commun à toutes les tumeurs lymphangiectasiques de l'aine : « c'est la manière dont se reproduit la grosseur, après avoir diminué ou disparu temporairement. Si l'on fait coucher horizontalement, ou mieux avec le siège relevé par un coussin, un malade porteur de varices lymphatiques crurales ou inguinales, on voit la tuméfaction diminuer graduellement et lentement, parfois même disparaître; si alors on pratique une compression manuelle au-dessus des varices, du côté central, et si en maintenant cette compression on laisse le malade se relever sans brusquerie, on constate la réapparition graduelle de la tumeur, grâce à l'afflux et à l'accumulation de la lymphe arrivant de la périphérie. Or, cette reconstitution du volume de la tuméfaction n'aurait pas lieu, s'il s'agissait d'une hernie épiploïque. Il faut le dire de suite : la compression du côté de la périphérie ne pourra pas constituer une contre-preuve, parce que les varices lymphatiques permettent un retour de la lymphe du centre par les vaisseaux dilatés. » (*Revue de chirurgie*, 1892.)

Il est donc possible, avec un peu d'attention, d'éviter une erreur de diagnostic, que de tout temps on a commise, même dans les pays tropicaux, comme le faisait déjà remarquer Mazaé Azéma, en 1858.

Afin de présenter, sous une forme plus vivante, les caractères de l'adénolymphocèle, nous reproduisons au début du chapitre des observations, une clinique de M. le Professeur Demons, où l'on retrouvera plusieurs des signes cliniques que nous avons énumérés.

β Varicocèle lymphatique

Puisque le varicocèle lymphatique est souvent précédé de lésions du testicule et de l'épididyme, toutes les fois qu'on trouvera des crises douloureuses du côté de ces organes, l'attention devra être attirée sur les vaisseaux du cordon.

Cette orchite lymphatique, considérée pendant longtemps comme d'origine paludéenne, a pris aujourd'hui le nom d'*orchi-épididymite filarienne*, sous l'influence des travaux de L. Audain et de A. Le Dentu.

Elle peut se présenter : sous la forme *aiguë*, avec douleurs brusques et intenses, un gonflement volumineux de l'épididymeet du testicule, l'hydrocèle symptomatique et des phénomènes fébriles ; sous la forme *subaiguë*, à poussées inflammatoires moins vives et intermittentes ; et enfin sous cet *état chronique*, que décrivait A. Le Dentu, en 1887 (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*).

Cette dernière forme est indolore, à évolution froide, interrompue par des poussées de lymphangite à la surface ou dans l'épaisseur de l'albuginée et de l'épididyme ; elle conduit à une hypertrophie par néoformation conjonctive, d'où le nom *d'éléphantiasis du testicule et de l'épididyme* que lui donnait A. Le Dentu.

Quand la lymphangiectasie atteint les vaisseaux du cordon, à l'orchite filarienne aiguë fait suite la *colique filarienne* ; nous avons exposé sa pathogénie selon les théories d'Audain. La colique filarienne prend l'aspect général de la colique néphrétique ; elle évolue avec ou sans fièvre, avec un état général plus ou moins grave, des vomissements, une constipation opiniâtre et enfin la rétention d'urine, qu'Audain attribue à la compression de l'urétère par les vaisseaux lymphatiques dilatés, mais que nous croyons pouvoir être un simple phénomène réflexe, par suite de l'irradiation douloureuse des poussées de lymphangite aiguë.

Il existe des cas de varicocèle lymphatique où ces symptômes fonctionnels ont toujours été très atténués, sinon nuls ; cette forme chronique à évolution froide doit être rapprochée de celle décrite pour l'orchi-épididymite. Si l'on se rappelle ce que nous avons dit, à savoir que les lésions du testicule n'ont pas toujours précédé celles du cordon, ce sera donc par l'examen clinique de la région inguino-scrotale que devra s'établir le diagnostic de varicocèle lymphatique.

L'attention est d'abord attirée du côté où il siège par l'asymétrie du scrotum qui se trouve soulevé à sa partie supérieure. Mais cette asymétrie disparaît forcément quand le varicocèle devient bilatéral ; c'est déjà là une étape avancée dans son évolution. Le plus souvent il est au début unilatéral, peut-être un peu plus fréquent à gauche. Il est recouvert d'une peau mince, offrant de nombreuses ramifications vasculaires. A une phase assez avancée, il forme comme une vaste tumeur mal circonscrite, surmontée de bosselures plus ou moins en saillie qui semblent séparées par des sillons parallèles de largeur différente. D'après Audain, la tumeur prend parfois un véritable aspect *moniliforme*. Mais le plus souvent dans son ensemble, elle présente un relief assez égal dans la région inguino-scrotale.

A la palpation, les vaisseaux dilatés donnent la sensation de « petits boyaux mollasses » se déplaçant sous les doigts (Audain), et formant çà et là comme des nœuds dans leur entrelacement. On se rend compte que l'ectasie se continue dans le canal inguinal, comme du côté du testicule, mais elle diminue en général à mesure qu'on approche de cet organe ; celui-ci peut-être plus ou moins hypertrophié, ou rester complètement normal.

Le volume apparent du varicocèle augmente dans la station verticale, et diminue dans le décubitus horizontal; la pression par les doigts réduit partiellement la tumeur. Celle-ci se reproduit aussitôt, et nous verrons que son mode de réplétion servira à établir son diagnostic.

Ce diagnostic doit se faire d'abord avec le *varicocèle sanguin*. Voici, d'après Audain, les principaux signes différentiels. Dans le varicocèle lymphatique :

1° Le scrotum ne subit pas d'allongement, il prend au contraire une forme globuleuse, tandis que dans le varicocèle sanguin, il s'effile vers l'anneau inguinal;

2° La sensation de vers enroulés qu'on a entre les doigts n'est pas aussi nette que dans le varicocèle sanguin ;

3° Les vaisseaux lymphatiques ectasiés paraissent former des nœuds ou des anses beaucoup plus larges que dans le varicocèle sanguin.

Nous ajouterons que dans le varicocèle lymphatique la réduction n'est jamais aussi complète que dans le varicocèle sanguin.

Avec la hernie inguinale, la confusion est aussi fréquente, probablement parce que le choc qu'on ressent par la toux et qui est considéré comme un signe de la hernie peut exister également dans le varicocèle. Moty faisait la distinction suivante : « La hernie épiploïque forme une masse plus régulière, son pédicule est plus dur que celui des varices lymphatiques; en cas de hernies, le testicule est ordinairement un peu atrophié tandis que son volume augmente dans la filariose scrotale; enfin et surtout, il y a dans cette dernière affection des lésions multiples : les pseudo-hernies existent en même temps dans le scrotum et dans l'aine et souvent elles sont bilatérales ». (*Revue de Chirurgie*, 1892.)

Nous avons vu au sujet de l'adénolymphocèle le signe indiqué par Magalhaës et pouvant s'appliquer d'une manière générale à toutes les tumeurs lymphangiectasiques de l'aine.

Au sujet du mode de réplétion du varicocèle lymphatique après réduction par compression, Audain a fait la comparaison suivante :

« Le varicocèle se reproduit à la manière d'une poire en caoutchouc qu'on a pressée dans la main et qu'on abandonne ensuite à elle-même, tandis que dans une épiplocèle la tumeur se reproduit toujours de haut en bas. » Ce signe n'est

évidemment valable que pour les tumeurs peu volumineuses qui peuvent subir une réduction complète.

Malgré toutes ces indications, les erreurs sont souvent commises : il faut donc, outre ces signes, se baser surtout sur les antécédents du malade, l'existence de la filaire dans le sang ou d'une lésion concomitante.

Nous reproduirons la première observation de Moty, parue en 1892, au sujet du varicocèle lymphatique. Nous y ajouterons une observation personnelle.

γ) Lymphangiome pédiculé.

Il est facile de s'imaginer quels seront les caractères d'une tumeur suspendue par un pédicule dans la cavité abdominale: elle sera douée forcément d'une grande mobilité. Si elle vient à s'engager dans l'orifice interne du canal inguinal, il est évident que le doigt placé à l'orifice externe de ce canal pourra facilement la refouler dans la cavité abdominale. C'est pourquoi la réductibilité de la tumeur sera son principal caractère.

Mais, dira-t-on, c'est là un signe commun à toutes les tumeurs lymphangiectasiques, et particulièrement au varicocèle lymphatique dans la région inguinale, puisque celui-ci a été souvent pris pour une hernie épiploïque.

Nous répondrons que pour le varicocèle, l'erreur peut être évitée par les moyens de diagnostic que nous avons exposés, tandis que pour le lymphangiome inguinal, les signes cliniques pouvant le différencier de la hernie épiploïque sont si peu appréciables, qu'on ne peut espérer éviter la confusion entre ces deux tumeurs ; c'est donc au *lymphangiome pédiculé inguino-scrotal* qu'il faut réserver la dénomination de *fausse hernie épiploïque inguinale.*

C'est ce qui ressort des quelques lignes qui ont été relevées dans les observations déjà mentionnées pour l'étude anatomo-pathologique.

On verra que dans les cas de coexistence chez le même sujet de diverses manifestations formant une tumeur complexe du côté de la région inguino-scrotale, toutes ont pu être reconnues séparément par l'examen clinique, sauf le lymphangiome pour lequel le doute n'a jamais été levé qu'au cours de l'opération.

I. — (Congrès de Moscou, septembre 1897, *Revue de chirurgie*, 1898, p. 7, A. Le Dentu).

Lésions éléphantiasiques de l'épididyme et du cordon; hydrocèle, varicocèle lymphatique, et **lymphangiome pédiculé inguino-scrotal**, *placé à côté d'une hernie intestinale.*

. . . .

« Le malade porte dans la partie droite du scrotum une tumeur complexe dans laquelle le testicule est englobé et qui remonte jusque dans l'intérieur du canal inguinal, tumeur ayant les dimensions d'un fort poing d'adulte. Un examen attentif permet d'y reconnaître plusieurs parties constituantes : à la partie inférieure et au milieu de la masse, une portion fluctuante enveloppant presque totalement le testicule, l'épididyme induré situé en arrière, plus haut, une masse se confondant avec l'extrémité supérieure de la tumeur liquide qu'il n'est pas facile de bien délimiter; plus haut encore une hernie intestinale évidente, reconnaissable par la sonorité, la réductibilité, l'impulsion de la toux, et au côté externe de cette hernie, dont le volume ne dépasse guère celui d'une grosse noix, *une tumeur pâteuse, mate à la percussion, ayant la consistance de l'épiploon, à peu près complètement réductible dans le canal inguinal*, entrainant dans cette réduction la partie supérieure de l'hydrocèle, dont on l'isole difficilement. Il existe de la transparence dans la partie fluctuante de la tumeur, mais une transparence brusquement limitée par en haut.

» L'ensemble de la tumeur forme une masse assez régulière, lisse, peu élastique, indolore, sauf dans certains points correspondant aux indurations épididymiques. Le canal défé-

rent est volumineux et dur jusqu'à son entrée dans le canal inguinal. La tunique vaginale semble épaissie, pas assez cependant pour empêcher la transparence d'exister dans la partie liquide. *La peau est absolument normale* comme les tissus sous-jacents. Elle n'offre pas du tout l'aspect éléphantiasique.

. . . .

« Quand à la portion la plus élevée, il semblait qu'elle ne pût guère être autre chose qu'une entéro-épiphocèle en partie irréductible. *Elle ne ressemblait en rien aux varices lymphatiques et aux adénolymphocèles de la partie supérieure de la cuisse*, que je connais pour en avoir observé plusieurs. Elle n'avait non plus rien de commun avec un simple varicocèle lymphatique. C'était une masse assez ferme qui ne se vidait pas par la compression des doigts, qui paraissait seulement rentrer en masse dans le canal inguinal et dans le ventre. Je m'arrêtai donc au diagnostic suivant : entéro-épiphocèle inguino-scrotale droite. . . . . »

II. — (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, décembre 1898, p. 1147 à 1153.)

Adénolymphocèle crurale et **lymphangiome pédiculé inguino-scrotal.**

. . . .

« Du même côté deux tumeurs distinctes : l'adénolymphocèle est étalée en avant du triangle de Scarpa, dont elle atteint le sommet, tandis que sa partie supérieure en déborde la base et remonte au-dessus de l'arcade de Fallope ; elle est de consistance molle, et réductible en partie. Le *lymphangiome* pédiculé occupe le canal inguinal et descend dans le scrotum. *Cette dernière tumeur est absolument et complètement réductible dans l'abdomen*, exactement comme dans le cas du malade dont j'ai communiqué l'histoire au Congrès de Moscou. Comme elle offre tous les caractères d'une hernie épiploïque réductible : consistance molle, sensation de lobu-

les et de cordons entremêlés, matité à la percussion, réductibilité sans gargouillements, *je ne sais en vérité sur quoi on pourrait appuyer un diagnostic différentiel entre l'une et l'autre de ces tumeurs.* Tout au plus, pourrait-on dire que l'épiphocèle réductible fuit un peu plus entre les doigts, qu'elle se réduit un peu moins en masse, qu'elle est ordinairement accompagnée d'une anse intestinale lorsqu'elle a atteint des dimensions égales à celles de mes lymphangiomes inguinaux. Mais tout cela ne constitue pas des particularités topiques. Ce sont des nuances d'une appréciation délicate, et l'on aura beau être prévenu de la possibilité d'une erreur, on la commettra encore très facilement...... »

III. — (*Revue de Chirurgie*, 1899, t. II, p. 738. Brant-Paes-Lerme (de Rio-de-Janeiro).

Tumeur lymphangiectasique inguino-scrotale d'origine filarienne.

. . . .

« Je constatai dans la région inguino-scrotale gauche une tumeur atteignant presque le volume du poing. Le malade accuse quelques douleurs, ou plutôt une sensation de tension douloureuse, lorsqu'il garde quelques temps la station verticale ou lorsqu'il se livre au travail. Il lui est facile de réduire sa tumeur lorsqu'il est couché, mais elle reparaît aussitôt qu'il se lève. On lui a conseillé de porter un bandage, mais ce bandage, il n'a pu le supporter...

» Cette tumeur est mate et pâteuse comme un lipome. Elle ne disparaît pas spontanément dans le décubitus dorsal, mais j'ai pu la réduire dans la cavité abdominale sans provoquer de gargouillement; elle réapparaît à l'occasion de la toux, et le doigt introduit dans l'anneau perçoit nettement alors une impulsion.

Testicule et éléments du cordon paraissent absolument normaux; j'en dirais autant de la peau, des ganglions inguino-cruraux...... »

IV.— (Observation inédite no 5. A. Le Dentu). *Pseudo-hernie inguinale gauche constituée par un* lymphangiome pédiculé.

. . . .

«... La région du canal inguinal gauche commence à offrir un soulèvement dont l'interprétation est difficile. A un premier examen fait à cette époque, je reste un peu perplexe et je ne me prononce pas nettement. Un médecin consulté après moi, *diagnostique une hernie inguinale et prescrit un bandage.*

» En 1899, la tumeur du canal à gauche a notablement augmenté. Elle empiète maintenant sur la racine des bourses. Elle a les dimensions d'une grosse figue. Elle est de consistance demi-molle et semble composée de cordons pelotonnés et de nodosités en contact très intime, comparable aux inégalités, aux tractus et aux bosselures plus ou moins fines de l'épiploon hernié et enflammé chroniquement.

» A la pression des doigts cette tumeur reste indolore ; elle n'est pas non plus le siège de douleurs spontanées. Contrairement au varicocèle lymphatique, *elle ne subit pas de ce fait une diminution de volume notable ; mais elle est complètement réductible dans le ventre ;* la réduction est un peu plus lente que serait celle de l'épiploon non adhérent. Elle se fait *en masse et sans que la tumeur se déforme ou ne s'allonge....*

Les testicules, la partie inférieure des cordons spermatiques et la peau du scrotum sont absolument intacts.

V.— (Observation inédite n° 6. A. Le Dentu). *Pseudo-hernie inguinale droite constituée par un* lymphangiome pédiculé. *Hydrocèle droite concomitante.*

. . . .

« ...Ce qui attire spécialement mon attention, c'est le développement considérable des bourses et une volumineuse tumeur qui, surmontant ces dernières, se prolonge dans le ventre à travers le canal inguinal. Au premier abord, il semble que le scrotum et la tumeur ne fassent qu'un, mais un

peu d'attention suffit pour faire reconnaître qu'en réalité il y a deux choses contiguës, une tumeur fluctuante occupant la moitié droite du scrotum et qui ne peut être qu'une hydrocèle de la tunique vaginale et au-dessus *une tumeur solide* dont il est malaisé de préciser la nature.

. . . .

La tumeur qui surmonte cette hydrocèle a le volume d'une assez grosse poire. On peut l'isoler entièrement par en bas et la faire rentrer en grande partie dans le canal inguinal et dans le ventre, mais sa réductibilité n'est pas absolue. Incontestablement *les secousses de la toux s'y transmettent.* Elle est de consistance demi-molle et semble formée de lobules irréguliers, étroitement contigus, très confondus les uns avec les autres. Sa résistance à la pression est à peu près la même dans tous les points comprimés et son volume ne diminue guère sous les doigts qui la malaxent. En somme, elle a *tant de rapports avec une assez grosse épiplocèle* à moitié adhérente que de ce côté aussi une certaine hésitation s'impose ; néanmoins, le diagnostic du *lymphangiome pédiculé* est celui qui satisfait le plus l'esprit... »

En résumé, le lymphangiome inguino-scrotal se présente avec toutes les apparences de la hernie inguinale épiploïque : consistance molle, sensations de lobules et de cordons entremêlés, matité à la percussion, impulsion au doigt par la toux, réductibilité sans gargouillement. Cette réductibilité se fait peut-être un peu plus lentement et un peu plus en masse que dans l'épiplocèle ; la tumeur fuit un peu moins entre les doigts. Mais ce sont là des nuances qu'une très grande expérience seule peut faire apprécier. Le diagnostic avec la hernie épiploïque reste le plus souvent impossible.

La description clinique que nous avons faite de l'adénolymphocèle et du varicocèle lymphatique indique suffisamment les signes permettant d'éviter la confusion de ces tumeurs avec le lymphangiome pédiculé.

Nous savons que l'adénolymphocèle a un siège différent du lymphangiome pédiculé, puisqu'elle se localise dans les ganglions lymphatiques. Dans les cas où son volume est étendu au point de déborder sur le ventre et dans la région du canal inguinal, la confusion sera encore évitée grâce à sa forme, sa consistance et surtout sa réductibilité qui n'est jamais que partielle. Avec le varicocèle lymphatique, la distinction peut être plus difficile à faire ; mais l'apparence de cette dernière tumeur, qui se présente avec un relief plus allongé de haut en bas, et avec des bosselures plus marquées; sa réductibilité qui n'est jamais aussi complète que dans le lymphangiome pédiculé; son mode de replétion après cette réductibilité partielle; et enfin la constatation que la dilatation lymphatique se continue jusqu'au testicule, sont des signes cliniques qui ne peuvent pas tromper un observateur attentif, dans les cas où les crises caractéristiques de la colique filarienne ne viendraient pas éclairer le diagnostic.

Quand il y a coexistence d'adénolymphocèle, de varicocèle lymphatique et de lymphangiome pédiculé inguino-scrotal, sans compter l'hydrocèle qui s'ajoute le plus souvent comme le cas s'est présenté dans des observations que nous avons rapportées, la confusion à laquelle semble prêter cette masse indistincte qui recouvre la région inguinale est plus apparente que réelle. On commence par réduire ; si l'on a nettement la sensation d'une tumeur se déplaçant en masse sous les doigts et disparaissant complètement dans la cavité abdominale, on peut conclure à l'existence d'un lymphangiome pédiculé ou d'une hernie épiploïque. Entre ces deux dernières tumeurs l'hésitation reste possible, à moins qu'elle ne soient elles-mêmes coexistantes. L'opération nécessaire peut seule lever le doute.

V. *Période générale d'incubation. — Evolution. — Complications. — Pronostic dans les climats chauds. — Pronostic dans les climats froids. — Pronostic opératoire.*

Période générale d'incubation

Peut-on déterminer exactement la période d'incubation de la filaire? Le problème est insoluble quand il s'agit d'indigènes n'ayant jamais quitté le pays. La première raison, c'est qu'il est possible de trouver dans leur sang pendant des années des embryons de filaire sans aucune manifestation. C'est donc qu'il existe une *filariose latente*. P. Manson, sur 85 sujets adultes, porteurs de ces embryons, en a trouvé 9 qui semblaient bien portants. Est-ce à dire que la maladie ne se serait jamais déclarée chez eux? L'expérience manque encore pour y répondre.

La période d'incubation n'a pu être évaluée que chez les individus transplantés dans les pays chauds; encore reste-t-il impossible d'apprécier le moment où la filaire pénètre dans l'organisme

Des observations très nombreuses que nous avons parcourues, il résulte que l'embryon peut se rencontrer dans le sang après quelques mois de séjour, mais ses manifestations pathologiques n'apparaissent le plus souvent qu'après un à cinq ans. Cependant il faut compter parfois jusqu'à dix ans. Les résultats sont si variables qu'il est difficile d'établir une moyenne.

Evolution. Complication.
Pronostic dans les climats chauds

α) Adénolymphocèle

La première période des manifestations de la filariose se signale en général par les tuméfactions ganglionnaires, débutant de façon insidieuse et restant longtemps à l'état de

ganglions isolés. Peu à peu ces ganglions peuvent se fondre en une même masse, formant alors l'adénolymphocèle ; mais il faut souvent compter jusqu'à quatre ou cinq ans pour cette évolution de la tumeur.

La dilatation variqueuse envahit presque toujours les les autres groupes ganglionnaires, elle dépasse alors l'arcade crurale, gagne les troncs lombo-aortiques, s'engage sous le diaphragme et arrive jusqu'au canal thoracique en donnant naissance dans ce parcours à des masses noueuses, formées de conduits enroulés et pelotonnés.

Ce serait la marche ascendante suivie par la lymphangiectasie ainsi que le prouveraient les constatations faites dans les autopsies surtout par Mazaé-Azéma.

Cette théorie serait en désaccord avec celle que Verneuil consacre aux ectasies veineuses, d'après laquelle ces dernières se dirigeraient de haut en bas et des vaisseaux profonds aux superficiels.

Dans la région de l'aine, quand l'adénolymphocèle a achevé son développement, elle reste surtout stationnaire ; la santé peut ne pas en être altérée pendant quelque temps. Parfois même, dans le climat tropical, la tumeur finit à la longue par disparaître.

Plus fréquemment, les années ne font qu'augmenter son développement. Outre la gêne douloureuse considérable qu'elle occasionne, elle peut entraîner une anémie progressive, comme le pensaient déjà Nélaton et Trousseau.

Il faut surtout redouter les complications inflammatoires. Elles surviennent à des degrés divers. La lymphangite, se manifestant en crises douloureuses intermittentes, est presque normale dans l'évolution des lymphangiectasies de l'aine, mais elle prend un caractère plus grave quand les agents infectieux, venant du dehors, pénètrent à travers les tissus.

C'est ce qui peut se passer dans les cas d'adénolymphocèle accompagnée de varices superficielles et de vésicules lymphatiques, qui, par leur rupture, ouvrent une porte d'entrée aux microbes.

Quand l'inflammation reste localisée à la tumeur, c'est la *lymphangite intra-ganglionnaire circonscrite*, avec rougeur œdémateuse au-dessus de la tumeur, douleur s'irradiant dans l'abdomen et dans la région lombaire et enfin de la fièvre généralement modérée.

La sérosité qui s'écoule des vésicules lymphatiques peut être assez abondante pour affaiblir le malade. L'adénolymphocèle peut prendre les apparences d'une vraie tumeur fongueuse, à parties gangrenées et fétides, traversée de nombreuses fistules lymphatiques (A. Le Dentu). Dans cette phase, assez rare, de son évolution, les dangers de l'infection sont encore plus à craindre.

A cette forme circonscrite de l'inflammation intra-ganglionnaire, peut succéder rapidement la *lymphangite diffuse* du type phlegmonneux. Nous savons qu'elle était autrefois une complication assez fréquente ; elle a suivi presque toutes les interventions chirurgicales faites sur les tumeurs lymphangiectasiques avant l'ère antiseptique, et l'on comprend la terreur qui s'est attachée pendant longtemps, on peut dire jusqu'en ces dernières années, à toutes les opérations de ce genre.

Mazaé-Azéma a tracé un tableau détaillé de cette lymphangite diffuse : rougeur œdémateuse dépassant les limites de la région de l'aine, douleur très vive s'irradiant à la cuisse, à l'abdomen, à la région lombaire; tension et ballonnement de la paroi du ventre. Symptômes généraux graves, fièvre à 40°, pouls à 150 pulsations, délire, prostration ; la mort survient le plus souvent de vingt-quatre à trente-six heures après le début.

Ces complications inflammatoires peuvent appartenir aux deux autres manifestations de la filariose que nous étudions. Aussi nous n'y reviendrons pas. Nous avons exposé également la marche de la lymphangiectasie en général ; il ne nous restera donc que peu de chose à dire au sujet de l'évolution du varicocèle lymphatique et du lymphangiome inguino-scrotal.

β) Varicocèle lymphatique.

Les idées de Mazaé-Azéma sur la marche ascendante de la lymphangiectasie sont en accord avec les observations de Moty et d'Audain au sujet du varicocèle lymphatique. Nous savons que d'après ces auteurs la dilatation commencerait par le testicule pour s'étendre au cordon. Nous avons dit cependant qu'on rencontrait des cas en contradiction avec cette théorie. Il vaut mieux admettre que si la lymphangiectasie est progressivement ascendante, il n'est pás nécessaire qu'elle commence à la partie la plus inférieure du système lymphatique intéressé; c'est ainsi que les varices lymphatiques de la cuisse peuvent exister sans celles de la jambe, et dans la continuité des mêmes vaisseaux.

Au chapitre de l'anatomie pathologique nous avons exposé que le développement du varicocèle lymphatique procédait le plus souvent par poussées inflammatoires. D'après les observations de Moty et d'Audain, la tumeur ne devient manifeste que plusieurs mois et parfois plusieurs années après l'apparition des premières crises testiculaires.

Quand elle évolue sans ces poussées douloureuses, il est difficile d'apprécier les premiers symptômes de son apparition. Le plus souvent l'attention est attirée par l'hypertrophie du testicule, survenant par lymphangite chronique, mais cette éléphantiasis n'existe pas toujours.

A une phase assez avancée de son évolution, le varicocèle se manifeste sous la forme d'une volumineuse tumeur, à relief égal le long de la région inguino-scrotale. A un degré plus avancé les lymphatiques ont subi une amplification telle que la masse ainsi constituée peut se présenter de prime abord à l'examen clinique sous l'apparence du lymphangiome pédiculé; mais la main apprécie la continuité directe de cette masse avec les lymphatiques du testicule. Enfin, après l'opération chirurgicale, on se rend compte qu'il n'entre pas

à proprement parler dans la constitution de la tumeur des vaisseaux de nouvelle formation.

Les complications du varicocèle lymphatique résident surtout dans l'intensité et le rapprochement des accès douloureux ; ceux-ci qui, au début peuvent n'apparaître qu'une ou deux fois par an, arrivent à se reproduire tous les quinze jours et même davantage (Audain).

En plus de ces symptômes fonctionnels qui peuvent devenir graves, il faut tenir compte des complications locales, auxquelles donnent lieu le varicocèle. Les poussées congestives sont parfois suivies d'un épanchement lymphatique de la vaginale ou hydrocèle chyleuse, ou bien encore, la région, étant surmontée de vésicules lymphatiques, il en résulte un lympho-scrotum, qui, accompagné de lymphorragie, ne fait qu'augmenter les crises douloureuses et pourrait entraîner les complications inflammatoires généralisées.

γ) Lymphangiome pédiculé.

Le nombre trop restreint d'observations, que nous possédons au sujet de cette tumeur, ne nous permet pas de préciser d'une manière générale son évolution, ainsi que ses complications.

Nous avons dit que la tumeur provenait de varices lymphatiques intra-abdominales ; nous pensons qu'il s'agit toujours de varices des vaisseaux spermatiques, continuant les vaisseaux du cordon. Cette origine est difficile à établir exactement.

Le développement de la tumeur s'accompagne des crises douloureuses lymphangitiques signalées pour l'adénolymphocèle et le varicocèle.

Il n'entraîne pas néanmoins les symptômes caractéristiques de la colique filarienne. On pourrait, dans les cas de violents accès inflammatoires, en chercher la cause dans l'engouement qui peut se produire quand la tu-

meur est engagée dans l'anneau inguinal. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que nous émettons.

Quand la tumeur est volumineuse, elle finit par contracter des adhérences avec les tissus environnants et, partant, avec la peau. Il ne serait pas impossible d'en voir résulter des varices lymphatiques superficielles donnant lieu à la lymphorragie ou à d'autres complications inflammatoires.

C'est en quelque sorte la symptomatologie du lymphoscrotum signalée déjà pour le varicocèle lymphatique.

Quand il y a coexistence de varicocèle ou d'adénolymphocèle avec le lymphangiome pédiculé, les complications douloureuses inflammatoires ne peuvent être que plus intenses. Il est probable que la lymphangite ne reste pas localisée à une seule des tumeurs.

Pronostic dans les climats froids.

Nous venons d'envisager la question du pronostic pour les sujets qui continuent à demeurer dans les pays chauds. Voyons ce qu'elle devient pour ceux qui viennent habiter nos climats tempérés. La maladie suivra-t-elle la même marche progressive, restera-t-elle stationnaire ou rétrogradera-t-elle ?

Il en est de la filariose comme du paludisme, le changement de climat est la première condition d'une amélioration de la maladie ; mais peut-on préciser le temps nécessaire à la guérison, c'est-à-dire jusqu'à disparition complète de la filaire et de ses embryons ?

Quand la filariose est à son début, le climat européen peut en arrêter les manifestations. Le cas s'est présenté pour des sujets porteurs d'adénopathie filarienne peu marquée ; les tuméfactions avaient disparu complètement au bout de quelques mois de séjour.

Il n'en est plus de même chez les individus atteints plus profondément ; en général le climat nouveau ne fait que

ralentir l'évolution de la maladie. Il n'empêche guère l'apparition des crises douloureuses et le développement des tumeurs. Nous dirons même que les premières manifestations de la maladie peuvent n'avoir lieu que sous le climat froid après plusieurs mois de séjour (observation n° 6). D'autre part nous rapportons, dans une observation inédite que nous avons recueillie avec M. le Dr Nattan Larrier, le cas d'une adénolymphocèle double assez volumineuse qui a guéri au bout de cinq mois de séjour en France. Les résultats sont donc variables.

Malheureusement, la disparition des manifestations filariennes n'indique pas toujours la mort du parasite. Le retour dans les régions tropicales peut occasionner leur réapparition.

Il faut en conclure que le climat froid ne tue le parasite qu'au bout d'un temps assez long. On ne peut en déterminer le nombre d'années suffisant :

Les embryons existent souvent même après quatre ou cinq ans (obs. n° 6); le plus souvent ils disparaissent après un ou deux ans. Mais devons-nous encore nous demander si la disparition d'embryons dans le sang équivaut à la disparition complète de l'animal adulte ?

Pronostic opératoire

Le changement de climat exerce une influence favorable, surtout pour le résultat des interventions chirurgicales. En dehors des cas très rares où l'on peut atteindre la filaire adulte, l'opération faite dans les pays où règne la maladie ne donne en général qu'une guérison de quelques années. Cependant, on nous a donné connaissance d'un cas opéré depuis dix ans et qui n'a pas récidivé. (A. Le Dentu). Nous y revenons plus loin.

En Europe, les récidives sont plus rares. Chez un sujet opéré en 1896 d'adénolymphocèle droite volumineuse par le

Professeur Demons, nous ne constatons actuellement qu'une légère tuméfaction ganglionnaire à côté du siège de l'ancienne tumeur.

Au point de vue des dangers immédiats, si Amussat, Nélaton, Trélat ont vu mourir leurs opérés d'angioleucite généralisée, cette complication n'existe guère, depuis l'ère antiseptique.

Il faut donc se départir de cette crainte qu'inspirait encore jusqu'en ces dernières années l'opération de ces tumeurs lymphangiectasiques. Nous verrons plus loin quels sont les cas où elle est nécessaire.

VI. TRAITEMENT

Thérapeutique générale

Nous ne dirons que quelques mots de la thérapeutique générale de la filariose. L'étude du pronostic a montré que le traitement spécifique n'était pas encore trouvé. Le parasite a résisté à tout les produits qui lui ont été administrés ; les injections de glycérine, le thymol, le bleu de méthylène ont donné quelques espérances ; les expériences, faites avec le sulfate de quinine en agissant *in vitro* sur la filaire ont montré que ce sel pouvait déterminer tout du moins le ralentissement de l'activité productrice du parasite, mais les résultats sont jusqu'ici peu probants, de l'avis même des auteurs qui en ont essayé. Pour les malades traités en Europe, il ne faut pas oublier que les médicaments trouvent un puissant auxiliaire dans le climat nouveau.

D'ailleurs, pour notre consolation, certains auteurs ont émis l'opinion que la mort brusque du parasite pourrait ne pas être sans conséquence grave pour l'organisme humain. C'est ainsi que parle Moty en 1892. « Ici, comme dans les infections bacillaires, il faudrait tuer le parasite sans nuire à l nôte qui le porte ; mais si cette tentative, éminemment

rationnelle, peut être poursuivie dans les maladies microbiennes, il n'en est pas de même dans la filariose ; la filaire adulte, une fois morte, peut causer des abcès ou même aller former embolie, de telle sorte que si nous tenons en main le moyen de la tuer sur place, il ne faudrait pas en user ; force est donc de se résigner à des vues plus modestes. » D'après ces considérations, le traitement idéal consisterait à conduire le filaire à une mort par atrophie lente ou bien par désagrégation ; mais la résorption des parasites est une question qui demande encore à être étudiée. On peut objecter à Moty que le parasite même mort peut rester aseptique ; d'ailleurs, il est presque toujours enkysté, et il ne court guère risque d'être jeté dans la circulation générale.

Si le traitement spécifique n'est pas encore trouvé, on peut toujours essayer de la thérapeutique courante employée pour les maladies parasitaires. C'est d'abord l'hygiène, le grand air, l'exercice, l'hydrothérapie, et surtout les médicaments considérés comme fortifiants, surtout les produits arsenicaux, dont le bienfait est incontestable pour toutes les affections débilitantes. Récemment, l'acide arsénieux et surtout l'*atoxyl* ont ranimé quelques sujets atteints de *maladie du sommeil ;* le même succès n'est pas impossible pour la *filaria sanguinis hominis.* Dans une observation déjà mentionnée et que nous rapportons à la fin, le malade, qui a guéri d'une adénolymphocèle double, au bout de cinq mois de séjour en France, avait été traité par l'arsenic et la quinine.

Enfin, dans les tumeurs lymphatiques comme dans toutes les manifestations de la filariose, accompagnées d'accès inflammatoires plus ou moins aigus, on usera d'une médication symptomatique appropriée. Par exemple, dans la colique filarienne les potions calmantes seront administrées contre les crises douloureuses ; on traitera séparément les autres symptômes, fièvre, diarrhée, vomissements, rétention d'urine, etc. Nous n'avons pas à insister à ce sujet.

Traitement local palliatif.

Avant que les tumeurs filariennes n'arrivent au point où l'opération est nécessaire, on peut espérer les voir rétrograder, parfois dans les pays chauds, mais surtout dans les climats froids.

La simple compression par un bandage ouaté en spica peut diminuer à la longue le volume de la tumeur. On pourrait essayer d'un bandage herniaire, à la condition que celui-ci fût muni d'un ressort suffisamment souple et d'une pelote assez molle, à forme plate. Il faudrait néanmoins ne pas insister avec ce mode de traitement, si la compression semblait augmenter l'inflammation de la tumeur. De même si celle-ci était surmontée de vésicules lymphatiques, la contre-indication serait formelle.

Nous ne saurions trop approuver le conseil donné autrefois par Th. Anger de pratiquer dans les adénolymphocèles une injection interstitielle avec la solution de perchlorure de fer et de chlorure de zinc, afin de déterminer la coagulation de la lymphe et par suite l'induration des tissus. Sans nous prononcer de façon définitive à ce sujet, nous pourrions objecter la possibilité de déterminer ainsi des embolies graves. Nous croyons, du reste, que ce traitement n'a pas été souvent employé.

Récemment, l'électrolyse de ces tumeurs a été essayée en Allemagne ; les expérimentateurs n'ont pas paru complètement satisfaits du résultat. Nous pensons, néanmoins, que c'est encore là le meilleur traitement à employer pour les tumeurs fongueuses qui entraînent presque toujours de nombreuses fistules lymphatiques.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indications Générales.

Le traitement opératoire est donc indiqué pour toutes les tumeurs qui créent chez les sujets qui en sont porteurs, un état d'infériorité physique, par la gêne douloureuse et surtout par les symptômes inflammatoires qui les accompagnent.

Quelles que soient les dimensions de ces tumeurs, quels que soient les diamètres atteints par la dilatation des vaisseaux lymphatiques, l'opération, en amenant l'arrêt du cours de la lymphe, dans la région endommagée, peut, contrairement à ce qu'ont dit certains auteurs, faire espérer la guérison, souvent sans aucune récidive. Nous dirons même que l'intervention est plus aisée quand la dilatation lymphatique est bien constituée et devenue permanente; par exemple, dans le varicocèle lymphatique, quand elle est insuffisante, les vaisseaux peuvent sous l'influence du repos, de la position horizontale ou de l'anesthésie, subir une rétraction qui les empêche d'être vus (Audain).

L'extension probable de la lymphangiectasie, au-delà des limites de la tumeur, ne sera pas non plus une contre-indication.

Il est entendu que l'antisepsie la plus rigoureuse est d'une importance capitale; la moindre négligence à ce sujet peut avoir les conséquences inflammatoires que nous avons vu survenir pour les malades d'Amussat, de Nélaton et d'autres, avant l'ère antiseptique.

De même, il est évident que dans toute opération pour filariose, il ne faudra pas négliger, autant qu'il est possible, la recherche de la filaire adulte; les observations, relatant la présence du parasite dans les tumeurs, ne sont pas rares; l'opérateur devra examiner avec soin tous les caillots sanguins ou fibrineux, et fouiller surtout dans les cavités vas-

culaires des parties enlevées, recherche que facilitera l'immersion dans l'eau tiède (Moty).

Nous décrirons maintenant la technique opératoire qui a été conseillée pour l'ablation des tumeurs que nous avons étudiées.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

α) Adénolymphocèle.

Très simple et très aisée dans les cas de masse ganglionnaire petite, l'ablation de la tumeur, quand celle-ci est volumineuse et mal circonscrite, devient une opération délicate. Il ne suffit plus alors de faire une simple incision dans l'axe de la cuisse, car la dissection de la tumeur serait impraticable par cette ouverture de largeur insuffisante.

Voici, dans le cas de grosse adénolymphocèle inguino-crurale, la technique employée par le professeur Le Dentu (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, 1898).

Premier temps. — Il fait toujours en tissu sain, c'est-à-dire un peu au-delà des limites de la tumeur, deux incisions : la première est tracée le long de la cuisse dans la direction oblique du couturier, jusqu'au sommet du triangle de Scarpa; la deuxième part de l'extrémité supérieure de cette ligne et se dirige parallèlement à l'arcade de Fallope. Ce lambeau triangulaire est rabattu de dehors en dedans, mais il faut avoir soin de lui conserver une épaisseur suffisante pour éviter, par la suite, tout danger de gangrène partielle.

Deuxième temps. — La dissection de la tumeur se fait également de dehors en dedans, et toujours par sa base. Il est rare qu'elle ne contracte des adhérences avec le tissu sous-jacent et, par conséquent, avec l'aponévrose crurale. De celle-ci font issue des vaisseaux lymphatiques anastomotiques qui relient la tumeur aux vaisseaux lymphatiques profonds. On se contente de les lier au niveau de l'aponévrose et de les couper. Il faut diriger la dissection de la tumeur

de façon à atteindre d'abord le pédicule des vaisseaux afférents, c'est-à-dire le pédicule inférieur. On lie ce pédicule par deux fils de catgut enchaînés, et on le coupe. On se porte alors vers le canal crural, et on trouve le pédicule supérieur que l'on traite de la même façon.

Troisième temps. — Le plus souvent il reste assez de téguments pour espérer la réunion immédiate. On se contente alors de drainer par prudence, et on suture.

Dans les cas de grosse tumeur fongueuse donnant lieu à des fistules lymphatiques, il vaut mieux tamponner la plaie et drainer. La guérison par granulation est un peu plus longue à obtenir, mais tout aussi sûre.

L. Audain préfère créer un lambeau rectangulaire en traçant le long de la cuisse une ligne qui part à chaque extrémité de l'incision parallèle à l'arcade de Fallope. Il rabat ce lambeau de haut en bas.

Si l'on veut prévenir toute possibilité de gangrène partielle, il semble qu'il vaille mieux ne pas compromettre la nutrition du lambeau tégumentaire par l'incision des artères, assez nombreuses, qui se trouvent dans cette partie supéro-interne du triangle de Scarpa.

Néanmoins, cette gangrène est souvent inévitable, quelle que soit l'incision employée ; elle est heureusement sans conséquence grave ; elle ne fait que ralentir quelque peu la cicatrisation.

L'adénolymphocèle kystique mérite une mention spéciale à cause de la difficulté opératoire qu'elle entraîne. La lymphorragie, au cours de l'opération, est encore plus abondante par suite de la rupture des poches lymphatiques. La ligature des vaisseaux devenant impossible, on est réduit à laisser des pinces à demeure, comme l'a fait M. Morestin dans le cas dont il nous a communiqué l'observation.

Dans la forme en bissac, la tumeur se poursuivant par l'anneau crural jusque dans la cavité abdominale, il devient parfois impossible de disséquer ce prolongement supérieur (Morestin).

De même pour cette complication, qui a été mise en cause, *la lymphorragie,* nous dirons qu'elle n'est que complication immédiate par ce seul fait qu'elle peut gêner l'opérateur. On peut en atténuer l'abondance en ayant soin de toujours lier les vaisseaux avant de les couper. Mais il est impossible de la prévenir complètement. L'écoulement qui suit pendant deux ou trois jours l'opération est également inévitable, mais il ne dure jamais assez pour épuiser le malade. On pourrait objecter la possibilité de fistules lymphatiques consécutives mais nous n'en avons vu signaler aucun exemple.

L'hémorragie, pouvant provenir de la section de la veine fémorale profonde, n'est guère à craindre. On ne pourrait provoquer cet accident, qu'en recherchant les lymphatiques profonds qui pénètrent dans la gaine des vaisseaux; nous avons dit que c'était là un zèle inutile.

En cas d'hémorragie de ce genre, il n'y aurait qu'à lier la veine fémorale superficielle, et même la fémorale profonde (L. Audain).

β). Varicocèle lymphatique.

L'opération ne diffère guère de celle que l'on fait couramment pour le varicocèle veineux. Nous en empruntons les détails à Léon Audain.

L'incision se fait le long du canal inguinal. Il faut avoir soin de la prolonger dans le bas, car on peut fréquemmeut avoir à s'occuper d'une hydrocèle qui coexiste. La couche cellulaire sous la peau peut être lâche, résistante ou disposée en forme de lames. On la sectionne et l'on trouve aussitôt le paquet de vaisseaux lymphatiques ectasiés. Il faut séparer ce paquet des autres éléments du cordon. On se sert de la sonde cannelée ou simplement du doigt. Cette séparation doit se faire *en bloc,* il n'est point nécessaire de dissocier un par un les lymphatiques. Le paquet isolé, il faut le *lier* et le *réséquer:*

La ligature se fait en deux points : à la partie supérieure, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et à la partie inférieure le *plus près* possible de l'extrémité supérieure du testicule. Avant de placer la ligature supérieure, il faut avoir soin d'attirer un peu à soi le paquet lymphatique, de façon à ce que la partie sectionnée remonte dans le canal inguinal.

Une ligature simple au catgut suffirait en cas de paquet très peu volumineux, mais il vaut mieux diviser le paquet en deux ou même en trois, s'il le faut, et faire deux ou trois ligatures séparées.

Après la ligature, on résèque le paquet de lymphatiques. Pour éviter l'écoulement de lymphe, on peut placer une ligature à environ un centimètre des ligatures supérieures et inférieures et faire la section entre deux ligatures.

Patrick Manson a recommandé récemment de rétablir le plus possible le cours de la lymphe, en anastomosant quelques-uns des vaisseaux lymphatiques avec les veines de la région. Il faudrait être sûr que ce procédé n'augmentât point la lymphorragie.

Pour terminer, on a soin de fixer le testicule à l'angle supérieur de la plaie, (orchidopexie), et on applique un drain qu'on fixera à l'angle supérieur ; puis on suture la peau.

Dans le cas de testicule très volumineux, L. Audain conseille encore de fixer à la peau une collerette circulaire de la vaginale et de laisser le testicule au dehors (*exorchidopexie*), opération analogue à celle que pratique Jaboulay pour la glande thyroïde (exothyropexie).

Il n'y a pas à parler de complications immédiates ou conséquentes de l'opération du varicocèle lymphatique ; on voit qu'elle peut être considérée comme très simple et sans aucune gravité.

γ) Lymphangiome pédiculé.

Nous avons vu que le lymphangiome pédiculé n'avait pas comme le varicocèle lymphatique un pédicule inférieur constitué par les lymphatiques du testicule. Il a seulement un point d'attache supérieur. L'extirpation sera donc plus simple que pour les autres tumeurs :

I. — Observation (Congrès de Moscou 1897 et *Revue de chirurgie* 1898, A. Le Dentu).

. . . .

« Je me mis en demeure d'extirper la tumeur lymphatique aussi complétement que possible. Je fendis donc la paroi antérieure du canal inguinal et j'étirai avec précaution la partie la plus profonde de la tumeur. Lorsque j'en eus amené au dehors une portion longue de 0^{m} 18 environ, d'un diamètre de 0^{m} 02 à 0^{m} 04, j'en traversai aussi profondément que possible le pédicule avec une double ligature au catgut et je coupai à un centimètre en avant. Le tronçon dont je ne pus pas bien reconnaître les dimensions en longueur, au-dessus des ligatures, se réduisit dans l'abdomen. Il ne me restait plus qu'à rétablir la paroi abdominale par une bonne suture, et à fermer la plaie. »

II. — Observation (*Bulletin et Mémoires société de chirurgie*, décembre 1898. A. Le Dentu).

. . . .

« Le lymphangiome est extirpé après traction sur son *unique pédicule* engagé dans le canal inguinal de manière à l'en dégager le plus possible. »

Plus loin, le Professeur Le Dentu rend compte du résultat de ces deux opérations :

« Dans les deux cas que j'ai opérés, j'ai attiré la tumeur au » dehors autant que je l'ai pu, mais sans violence, de manière

» à ne pas causer de rupture et j'ai posé sur le pédicule deux » fils enchaînés. Après la ligature le pédicule est remonté dans le ventre.

« Chez le premier de ces deux opérés, une abondante hémorragie intra-péritonéale, difficile à expliquer, s'étant manifestée quelques jours après l'opération et ayant nécessité une laparotomie limitée, je pense qu'il serait bon, si le pédicule ne descendait pas facilement, malgré les tractions sur la tumeur, de fendre la paroi antérieure du canal inguinal et même la paroi abdominale au-dessus de l'orifice interne, afin de mieux se rendre compte de l'étendue et du point d'origine du néoplasme. »

III. — Observation. (*Revue de chirurgie*, 1898. Brant-Paes-Lerme.)

. . . .

« Au moment de l'opération, la tumeur affleurait l'orifice cutané du canal inguinal ; je sectionnai la paroi antérieure du canal ; la tumeur apparut avec une surface mamelonnée et une apparence de lipome... J'attire la tumeur que prolonge dans l'abdomen un pédicule allongé. J'isole le tout, le plus loin possible. Je jette sur le pédicule un fil de soie que je croise en X et que je noue solidement. Excision de la tumeur, suture de l'abdomen à la Bassini. »

IV. — Observation inédite n° 6. (A. Le Dentu).

. . . .

« Une longue incision mit ensuite à nu la tumeur supérieure et ouvrit le canal inguinal...

« Je passai dans le pédicule deux ligatures enchaînées, après avoir exercé sur lui de douces tractions, afin de l'extérioriser autant que possible sans rompre les vaisseaux volumineux qui la constituaient. Je refermai ensuite le canal inguinal par des points de suture en U... »

V. — Observation inédite n° 7. (A. Le Dentu).

. . . .

« Une incision parallèle au cordon spermatique mit à nu une masse d'aspect gris rosé... Le pédicule d'un diamètre un peu inférieur à celui de la tumeur fut autant que possible attiré au dehors, avec les précautions nécessaires, pour éviter la rupture des gros vaisseaux qu'il contenait. Il fut ensuite fortement étreint au moyen de deux ligatures enchaînées. Un drain fut placé dans le canal inguinal ; la plaie fut suturée avec soin.

» Les suites de l'opération furent très simples, la réunion eût lieu par première intention. »

Toutes ces opérations que nous avons rapportées ont été suivies de succès. Nous avons eu récemment des renseignements sur le premier de ces malades (observation 1) ; sa tumeur de l'aine n'a jamais récidivé depuis dix ans qu'il a été opéré.

Pour résumer en quelques mots l'intervention opératoire, nous dirons que pour le lymphangiome pédiculé inguino-scrotal, l'incision doit se faire comme pour le varicocèle, le long du cordon, mais il est bon de la prolonger en haut un peu au-delà de l'orifice interne du canal inguinal pour mieux se rendre compte du point d'origine et des dimensions de la tumeur. Celle-ci doit être attirée le plus possible au dehors, mais lentement, pour que les tractions exercées ne produisent aucune rupture des lymphatiques, on traverse alors le pédicule d'une double ligature au catgut, on excise la tumeur un centimètre en avant et on laisse remonter le tronçon dans la cavité abdominale, puis on suture. Il vaut mieux drainer pour l'écoulement de la lymphe.

Nous avons vu qu'il fallait penser, comme complications consécutives à l'hémorragie intra-péritonéale pouvant nécessiter la laparotomie, mais nous avons indiqué les moyens de la prévenir.

Les autres complications mentionnées pour l'adéno-lymphocèle, c'est-à-dire la gangrène partielle des lambeaux, les fistules lymphatiques sont moins à craindre. Elles ne sont

pas signalées dans les observations que nous avons rapportées. La lymphorragie immédiate ne mérite pas d'attirer spécialement notre attention.

On voit donc que pour le lymphangiome l'opération est plus simple que pour l'adénolymphocèle et le varicocèle, par cette simple raison que l'opérateur n'a à s'occuper que d'un seul pédicule.

VII — OBSERVATIONS

Observation 1

Clinique de M. le professeur Demons (*Archives de médecine de Bordeaux*, mars 1896).

Sur la filariose à propos d'un cas d'adénolymphocèle.

Le malade qui fait le sujet de cette clinique est un jeune homme de dix-sept ans, originaire de Cayenne, qu'il habita jusqu'à l'âge de treize ans. A ce moment, il vint en France faire ses études, et il suit actuellement les cours au lycée de Bordeaux. Sa constitution paraît assez vigoureuse et sa santé a toujours été bonne. Ses antécédents sont nuls. Mais il y a six ans, il a vu survenir de chaque côté, dans le pli de l'aine, deux tumeurs de la grosseur d'une noix, absolument indolentes, qui ont grossi peu à peu sans occasionner de douleurs. A droite, leur volume a un peu diminué depuis que ce garçon habite la France ; à gauche, elles ont continué à grossir.

L'année dernière, la jambe gauche a enflé d'une façon intermittente, après une fatigue, après une marche un peu trop longue. Un repos de deux ou trois jours lui suffisait pour reprendre son volume normal. Enfin de petites vésicules se sont formées sur les tumeurs du pli de l'aine, et ces petites vésicules en se rompant donnent issue à un liquide clair, transparent, tachant le linge. C'est dans cet état que le malade est venu nous consulter.

Nous constatons, en effet, dans l'aine gauche, la présence de deux tumeurs : l'une, allongée transversalement au-dessous de l'arcade de Fallope, possède un diamètre transversal de dix centimètres et un dia-

mètre vertical de quatre centimètres; l'autre, située un peu plus bas, éparée de la première par un sillon superficiel, est un peu oblique en bas et en dedans et présente une grosse extrémité interne; son diamètre stransversal a atteint quinze centimètres et le diamètre vertical, à la partie moyenne, sept centimètres.

La tumeur supérieure paraît constituée par deux tumeurs accolées l'une à l'autre, la plus grosse en dedans, la plus petite en dehors, ayant le volume d'une noix. La consistance de cette tumeur est mollasse, la peau est tout à fait mobile à son niveau et la tumeur est mobile sur le plan profond.

La tumeur inférieure n'offre pas le même aspect. A sa surface, la peau présente des cordons tortueux, des varicosités formées d'élevures du volume d'un grain de mil, très rapprochées les unes des autres, rosées et transparentes, s'affaissant facilement sous la pression du doigt. Quelques-unes de ces vésicules sont plus grosses que les autres et atteignent le volume d'un petit pois. La consistance de la tumeur est la même que celle de la précédente et la peau est également mobile sur elle.

. . . .

A droite, on trouve dans le pli de l'aine des tumeurs disposées symétriquement par rapport aux précédentes, mais d'un volume moindre. L'une a neuf centimètres sur quatre, et l'autre cinq centimètres sur deux. Leur consistance est également un peu plus dure. . . . .

. . . .

J'ajouterai que si toutes ces tumeurs s'effacent sous la pression du doigt, elles ne sont cependant pas réductibles et ne diminuent pas le moins du monde de volume. Enfin, quelques-unes des petites vésicules dont elles sont couvertes se sont rompues et ont donné issue à un liquide clair, séreux, un peu jaunâtre, suintant jusqu'à vingt-quatre heures de suite, et obligeant le malade à se garnir.

A quelle affection avons-nous affaire? La consistance mollasse des tumeurs permet de rejeter l'hypertrophie ganglionnaire; leur élasticité et la présence des dilatations variqueuses sur le membre inférieur gauche doit faire écarter la tuberculose ; l'absence d'antécédents tuberculeux, le lieu de naissance et la résidence primitive du malade, nous engagent à admettre l'adéno-lymphocèle produit par la filaire du sang, plutôt que l'adénite tuberculeuse. Du reste, le corps du délit a été retrouvé

dans le liquide qui suinte par les vésicules ulcérées. (Demons-de Nabias-Sabrazès, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.)

Observation 2 (Inédite)

(M. le Professeur agrégé H. Morestin)

Adéno-lymphocèle de l'aine (forme kystique)

En 1891, au mois de juin, j'ai opéré, à l'hospice de Saint-Pierre (Martinique), un homme d'une cinquantaine d'années, câpre, d'une tumeur à l'aine gauche, tumeur bosselée, du volume du poing environ, évoluant depuis longtemps déjà sans avoir déterminé de douleurs, mais seulement de la pesanteur et de la gêne. A la palpation, elle paraissait formée par une agglomération de noyaux durs et relativement mobiles et donnait en somme l'impression d'une polyadénopathie chronique.

Tout le membre correspondant était éléphantiasique, mais modérément. Bien que n'ayant pas de diagnostic précis, je penchais pour une altération tuberculeuse des ganglions, la stase lymphatique pouvait à la rigueur s'expliquer par l'oblitération des voies de retour. L'ablation à laquelle je me déterminai fut très laborieuse. Les ganglions durent être disséqués avec peine au milieu d'un tissu cellulaire épaissi et difficile à dissocier. La masse contenait plusieurs kystes dont un particulièrement volumineux se rompit pendant la libération, donnant issue à une quantité assez abondante de liquide hématique. Ce kyste était en bissac. Sa loge inférieure était à la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa, en dedans de la veine fémorale et tout contre cette veine. La loge supérieure était abdominale et communiquait avec la précédente par une portion resserrée occupant l'anneau crural en dedans des vaisseaux. Je renonçai à disséquer le prolongement abdominal et me bornai à la drainer.

J'avais sectionné au cours de l'opération un grand nombre de lymphatiques dilatés. Il m'avait fallu appliquer de nombreuses pinces sur des vaisseaux sanguins. Je dus laisser l'une d'elles à demeure sur un de ces

vaisseaux, très difficile à lier, à cause du défaut de souplesse du tissu cellulaire et de sa situation dans la partie la plus profonde de la plaie.

Les suites furent bonnes; mais l'opéré perdit une très grande quantité de lymphe, qui, pendant deux ou trois jours traversa le pansement, les draps et se répandit même sur le sol.

Puis l'écoulement diminua rapidement et cessa tout à fait, en même temps que la plaie incomplètement réunie se réparait.

Cet homme guérit complètement. Mais quelques mois plus tard, il mourut d'une pneumonie.

Observation 3

(Moty. *Revue de chirurgie*, 1892.)

Varicocèle lymphatique.

M. H..., pharmacien de la marine, vingt-huit ans, de race nègre, né à Cayenne, bien constitué, entre le 4 mai 1890 à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Le 1er mai il ressent une douleur vive au niveau de l'aine droite, et y portant la main, il constata, dit-il, la présence d'une tumeur volumineuse pour laquelle il vient se faire traiter.

On diagnostique à l'entrée une hernie inguinale droite épiploïque descendant jusqu'au fond du scrotum. La tumeur est molle, donne la sensation d'épiploon et se réduit lentement, incomplètement, à travers le canal inguinal dilaté. Le testicule paraît doublé de volume et un peu dur, mais il a toujours été comme cela, dit le malade. On essaie d'appliquer un bandage herniaire, le gonflement du scrotum ne s'en reproduit pas moins, et il faut renoncer à cette méthode de traitement. Il existe à gauche, sous le milieu du pli inguinal un gonflement limité assez analogue à celui d'une hernie crurale au début, mais un peu plus dur, irréductible, et tout à fait indolent, que le malade croit très ancien. Le canal inguinal du même côté présente également une pointe de hernie qui ne cause aucune gêne.

J'avais au premier abord éprouvé quelques doutes sur la réalité d'une hernie, mais les explications du malade étaient si précises, la tumeur s'était si manifestement produite après une journée de fatigue et d'efforts, que j'oubliais peu à peu ma première impression.

La tumeur augmentait beaucoup de volume et devenait très gênante, après une marche un peu longue, elle causait des douleurs s'irradiant vers l'aine, les reins et l'hypocondre droits, et le malade insistait pour en être débarrassé.

Je me décidai donc à pratiquer la cure chirurgicale à droite, quitte à placer plus tard un bandage à gauche.

Je commence l'opération suivant la méthode et avec les précautions habituelles. J'incise la peau dans toute l'étendue de la tumeur, puis cinq ou six feuillets celluleux très minces ; enfin je dissèque avec précaution une masse translucide qui pourrait être prise pour un sac herniaire ou un intestin grêle distendu par un liquide clair, mais que je ne puis me décider à ouvrir avant d'avoir reconnu sa limite inférieure.

Je mets donc le testicule à nu, en ouvrant largement la vaginale, et je trouve cet organe triplé de volume, présentant à sa surface de petites saillies molles kystiques et adhérant avec le tractus blanc que je viens de disséquer. « Ce sont des lymphatiques », me dit M. Robert, qui assistait à l'opération, et à ce moment, le diagnostic devenait en effet d'une incontestable clarté ; toutes ces hernies plus ou moins complètes, l'hypertrophie testiculaire et l'adénite inguinale gauche étaient lymphangiectasiques.

Le cordon principal, que j'avais heureusement réussi à ménager, était du volume de l'index et présentait des bosselures assez semblables à celles du gros intestin ; il se prolongeait très loin dans l'abdomen, et en engageant mon index dans le canal inguinal, je ne constatais pas que la dilatation fut moins prononcée dans la portion abdominable que dans la portion intérieure du cordon. On pouvait faire refluer la lymphe vers la profondeur, mais elle reprenait immédiatement sa place.

Dans ces conditions, je pensais que le mieux était de laisser les choses en l'état. Je fis une suture solide à deux étages pour éviter que la pression abdominable transmise par le liquide ne fit céder la cicatrice et l'intervention n'eut pas d'autres suites.

Observation 4 (Personnelle)

Varicocèle lymphatique.

H. B..., âgé de dix-neuf ans, étudiant en droit, a habité la Guadeloupe (Pointe-à-Pitre) jusqu'à l'âge de dix-huit ans ; se trouve à Paris au quartier Latin depuis un an.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. A eu la rougeole dans son enfance et a présenté, il y a quelques années, à la partie moyenne de la région droite du cou, une tumeur qui était, paraît-il, assez dure, et du volume d'une noix. Cette tumeur a disparu à l'âge de dix-sept ans.

En 1903, en faisant un effort pour soulever une table lourde, il a ressenti pour la première fois une douleur dans la région du rein et de l'aine gauche.

Quelques jours plus tard, apparition de la même douleur ; celle-ci s'irradiait surtout dans les lombes et dans la cuisse gauche. Le malade a eu un peu de diarrhée et de fièvre, mais pas de vomissements. A ce moment, il a remarqué que sa région inguino-scrotale présentait un certain gonflement.

Les accès sont revenus jusqu'à deux au trois fois par an ; ils ont forcé parfois le malade à s'aliter.

Celui-ci dit n'avoir jamais remarqué ni l'augmentation de volume de son testicule, ni l'irradiation douloureuse portant principalement sur cet organe.

Cette irradiation est surtout intense dans la région lombaire.

Un phénomène nouveau a attiré l'attention du malade depuis deux ans et demi : les urines sont devenues laiteuses. Cette chylurie se montre de préférence à la suite des accès douloureux ; parfois l'urine blanchâtre était mêlée à du sang (hématochylurie).

Actuellement, depuis que le malade est en France, tous ces phénomènes ne se sont que très peu atténués ; le dernier accès douloureux date de quatre mois environ.

A l'examen, on ne constate à la vue qu'une asymétrie assez marquée du côté du scrotum gauche. La vaginale contient une certaine partie de liquide, dont la nature est difficile à déterminer ; ce liquide semble transparent. On sent nettement, en arrière, le testicule et l'épididyme. Ils ne semblent pas augmentés de volume.

Entre le testicule et le canal inguinal au siège habituel du varicocèle, on trouve une tumeur mal limitée, mais atteignant au moins le volume d'une orange. La peau qui la recouvre offre de nombreuses ramifications vasculaires. Elle semble légèrement bosselée à la vue, avec des saillies ovalaires, séparées par des rainures peu marquées.

A la palpation la tumeur donne nettement la sensation de petits boyaux mollasses qui se déplacent sous les doigts. Par la pression elle se réduit en partie, mais elle se reproduit dès qu'on cesse la pression. Dans la station verticale, elle est plus tendue et plus volumineuse que dans le décubitus dorsal.

Le malade dit ressentir en ce moment de la gêne et de la pesanteur dans la région, mais pas de douleur vive. La palpation ne provoque du reste que très peu de souffrance.

On remarque des deux côtés dans le triangle de Scarpa, un chapelet ganglionnaire. A droite, dans le milieu, un de ces ganglions semble plus dilaté que les autres, mais cette tuméfaction n'est guère apparente.

Au dire du malade, l'examen du sang qui a été pratiqué il y a deux ans, a révélé de nombreux embryons de filaire.

Les phénomènes douloureux et le volume de la tumeur ayant plutôt diminué depuis que la malade est à Paris, on lui a conseillé d'espérer la guérison sans l'opération.

Observation 5 (Inédite)

Communiquée par le Professeur Le Dentu.

Pseudo-hernie inguinale gauche constituée par un lymphangiome pédiculé. — Ablation de la tumeur. — Guérison.

L'observation que voici est instructive à plusieurs points de vue. Le sujet est un jeune homme de seize ans, de race colorée, né à la Guade-

loupe, mais qui habitait la France depuis 1894. En 1895, *un an et demi après son arrivée en France*, il fait une chute en glissant à califourchon sur la rampe d'un escalier. Ceci se passe en août ; une semaine après des douleurs se déclarent au cou-de-pied du membre inférieur *droit*. En septembre seulement apparaît un gonflement non accompagné de rougeur érysipélateuse, étendu à la jambe droite tout entière jusqu'au pli de l'aine. Ce gonflement acquiert rapidement les caractères de l'éléphantiasis. Des massages méthodiques amènent quelque amélioration, mais la tuméfaction persiste sans aucune modification ultérieure en bien ou en mal.

En 1896, *deux ans environ après l'arrivée de ce jeune homme en France*, la région du canal inguinal *gauche* commence à offrir un soulèvement dont l'interprétation est difficile. A un premier examen fait à cette époque, je reste un peu perplexe et je ne me prononce pas nettement. Un medecin consulté après moi *diagnostique une hernie inguinale* et prescrit un bandage.

Je revois ce jeune homme en janvier 1899. Je constate de nouveau le gonflement éléphantiasique du membre inférieur *droit* existant déjà en 1896. La tumeur du canal inguinal *gauche* a notablement augmenté. Elle empiète maintenant sur la racine des bourses. Elle a les dimensions d'une grosse figue. Elle est de consistance demi-molle et semble composée de cordons pelotonnés et de nodosités en contact très intime, comparable aux inégalités, aux tractus et aux bosselures plus ou moins fines de l'épiploon hernié et enflammé chroniquement :

A la pression des doigts, cette tumeur reste indolore ; elle n'est pas non plus le siège de douleurs spontanées. Contrairement au varicocèle lymphatique, *elle ne subit pas, de ce fait, une diminution de volume notable* ; mais *elle est complètement réductible dans le ventre*. La réduction est un peu plus lente que serait celle de l'épiploon non adhérent. Elle se fait *en masse* et *sans se déformer, sans s'allonger*.

M'appuyant sur ces caractères, je diagnostique un *lymphangiome inguino-scrotal gauche*, tout à fait semblable à celui que j'ai vu sur le sujet dont l'observation a fait l'objet de ma communication au congrès de Moscou. Les testicules, la partie inférieure des cordons spermatiques et la peau du scrotum sont absolument intacts.

Il existe chez ce jeune homme une autre particularité très digne d'at-

tention, c'est *un long cordon flexueux*, du volume d'un gros manche de porte-plume, situé *à la face interne du bras gauche.*

L'examen du sang révèle la présence d'embryon de filaire dans ce liquide.

Il s'agit donc d'un cas de filariose à manifestations multiples. Je me demande si le cordon flexueux du bras gauche ne donne pas asile à une filaire adulte femelle. Malheureusement, le malade qui accepte une intervention sur son lymphangiome pédiculé, se refuse à toute opération sur le bras. Il ne comprend pas que, si les millions d'embryons qui l'infectent procèdent réellement de ce cordon allongé, l'extirpation de ces derniers le débarrasserait à tout jamais de ses parasites.

Opération le 6 février 1899. — Ethérisation. Une incision parallèle au cordon spermatique mit à nu une masse d'aspect gris rosé, à surface irrégulière et formée par l'agglomération d'un très grand nombre de cordons et de bosselures d'où s'échappait par places un liquide séreux, louche, très semblable à du thé mélangé d'une petite quantité de lait. Cette masse adhérait assez fortement au cordon spermatique. Il fut cependant possible de l'en séparer sans léser les éléments constitutifs de ce dernier. L'adhérence n'empêchait pas la réduction de la masse dans le ventre. La tumeur devait alors entraîner avec elle le cordon spermatique. La tunique fibreuse propre du cordon qui, primitivement, devait envelopper la tumeur, était dissociée et presque entièrement méconnaissable.

La tumeur n'avait qu'un pédicule supérieur logé dans le canal inguinal et émanant de l'abdomen. *Elle ne recevait pas un seul vaisseau lymphatique venant du testicule. Celui-ci n'offrait pas de lésions apparentes.*

Le pédicule, d'un diamètre un peu inférieur à celui de la tumeur, fut autant que possible attiré au dehors, avec les précautions nécessaires pour éviter la rupture des gros vaisseaux qu'il contenait. Il fut ensuite fortement étreint au moyen de deux ligatures enchaînées. Un drain fut placé dans le canal inguinal ; la plaie fut suturée avec soin. (Les suites de l'opération furent très simples. La réunion eut lieu par première intention.)

La pièce fut montrée à la Société de chirurgie. C'était bien un lymphangiome pur, descendu de la cavité abdominale et absolument indé-

pendant des vaisseaux lymphatiques du cordon spermatique. *Elle n'avait donc rien de commun avec un varicocèle lymphatique.*

Les préparations faites par M. Auguste Pettit ont révélé dans cette tumeur des caractères identiques à ceux que j'ai décrits dans ma communication du Congrès de Moscou. La masse était constituée entièrement par des vaisseaux lymphatiques très hypertrophiés, à parois épaisses, adhérents les uns aux autres, parfois séparés par de véritables lacunes ou alvéoles résultant de la fusion de certains vaisseaux par suite de la résorption de leurs parois contiguës. Aucun élément anatomique spécial n'était adjoint aux vaisseaux.

Réflexions. — Nous devons mettre en relief les particularités suivantes :

1° Ce cas est un type de lymphangiome pédiculé indépendant de toute lésion des testicules et de l'épididyme.

2° Il y avait coexistence d'un lymphangiome siégeant à gauche et d'un éléphantiasis commençant du membre inférieur droit. L'influence de la filariose sur le développement de l'éléphantiasis paraît très vraisemblable, si elle n'est pas certaine.

3° Si les renseignements donnés par le malade sont exacts, c'est seulement dix-huit mois après son arrivée en France que les premiers accidents sont apparus. L'influence du climat tempéré n'a pas empêché les manifestations extérieures de cette filariose importée de la Guadeloupe et restée latente jusque-là ;

4° Enfin, la réduction de la tumeur était accompagnée de certaines particularités propres à faciliter le diagnostic avec une épiplocèle plus ou moins adhérente : il fallait une pression un peu soutenue pour réduire la tumeur, et elle rentrait dans le ventre *en bloc* et *sans se déformer*.

Observation 6 (Inédite)

(Communiquée par le Professeur Le Dentu.)

Pseudo-hernie inguinale droite constituée par un lymphangiome pédiculé. — Hydrocèle droite concomitante. — Double adéno-lymphocèle et varicocèle lymphatique opérés antérieurement. — Accès répétés de chylurie. — Intervention sur le lymphangiome et l'hydrocèle. — Guérison.

Le malade qui fait l'objet de cette observation a présenté depuis sa plus tendre enfance une série d'accidents se rattachant presque tous à la filariose. F..., âgé de vingt-sept ans, de race blanche, est né à Cayenne et n'a jamais quitté la Guyanne que pour faire un premier voyage en France au mois de mai 1899. Si une adénopathie cervicale apparue à l'âge de trois ans, après une rougeole, ne peut guère être attribuée à la maladie parasitaire, il n'en est pas de même de *poussées d'adénites inguinales intermittentes* survenues sans cause précise entre sept et dix ans. Les douleurs et le gonflement cédaient en partie au repos du lit, mais se reproduisaient par suite de la fatigue du jour.

A quinze ans, une tumeur à peu près permanente avait son siège *dans l'aine droite.* On ne manqua pas de diagnostiquer une hernie crurale et on conseilla l'emploi d'un bandage. De 1892 à 1898 cette tumeur s'accroît lentement. Entre temps, en 1893, le jeune malade, âgé alors de seize ans, fut atteint de *chylurie et d'hémato-chylurie,* et une tumeur semblable à la première se forma *à gauche,* aux dépens des ganglions cruraux. Il s'agissait d'*une deuxième adénolymphocèle.*

En 1898 seulement, on soupçonna la filariose et l'on fit l'examen du sang, mais les embryons de filaire ne furent pas découverts. Le malade prit le parti, sur le conseil du docteur Clarac, médecin en chef des colonies, de venir se faire soigner en France.

Je l'admets dans ma clinique de l'hôpital Necker en mai 1899. La recherche de la filaire a cette fois un résultat positif. Je reconnais chez lui *deux adénolymphocèles crurales* (celle du côté droit déjà volumi-

neuse, ayant bien 12 à 13 centimètres dans son diamètre vertical, tandis que celle du côté gauche n'en a guère que 8 à 10); et un *varicocèle lymphatique gauche* déjà passablement développé.

Le 9 mai 1899, je pratique *l'extirpation des deux adénolymphocèles* et *la résection du varicocèle lymphatique.* Quelques volumineux vaisseaux lymphatiques sont rompus au moment du dégagement des pédicules supérieurs des adéno-lymphocèles et fournissent un abondant écoulement de lymphe. Plusieurs ligatures en viennent à bout assez complètement, et il ne persiste qu'un suintement assez important pendant les quarante-huit heures suivantes.

Le vingt-neuf mai, il se forme un décollement et il apparaît un peu de suppuration dans la portion la plus interne de l'incision horizontale tracée à droite. A gauche, la cicatrisation est presque totale, sauf en un point où une petite fistule persiste quelques jours. Des injections de teinture d'iode en ont raison rapidement. A droite la guérison demande encore plusieurs jours. Quant à la plaie de résection du varicocèle lymphatique, elle s'était cicatrisée par première intention, après un drainage de quarante-huit heures.

Je revis mon opéré chez moi en juillet 1899 ; un œdème assez marqué des membres inférieurs et spécialement de la jambe droite, avait apparu depuis l'extirpation des adénolymphocèles. Je le revis encore le 22 novembre 1899, six mois après l'intervention. L'œdème des jambes avait beaucoup diminué; il persistait un peu de gonflement pâteux dans l'aine gauche. La cicatrice du côté droit était dans un état parfait, mais au-dessus, *dans le canal inguinal, je découvris pour la première fois, une pointe de lymphangiome.* Telle fut mon impression à ce moment.

Le malade retourna en Guyane. Pendant deux ans, il eut de petits accès très bénins de douleurs au niveau de ces cicatrices, dans la cuisse droite et dans les lombes. Durant la troisième année, il fut atteint tous les deux mois en moyenne d'*accès de fièvre d'allure paludique* accompagnés de *tuméfaction douloureuse du testicule droit.* C'étaient des poussées de lymphangite testiculaire aiguës ou subaiguës. Les cicatrices des adénolymphocèles commençaient à se renfler.

La quatrième année après son retour à Cayenne fut signalée par des accès plus courts, mais aussi par des *émissions d'urines chyluriques.*

Au cours de la cinquième année se produisirent deux attaques violentes *d'hématochylurie* et une augmentation, devenue plus tard perma-

nente, des adénolymphocèles récidivées et du testicule droit, ou pour mieux dire, *de la moitié droite du scrotum.*

Cette longue série d'accidents détermine le malade à revenir en France et à se soumettre à une ou plusieurs nouvelles opérations. A un examen de sa personne fait le 27 mars 1905, je constate l'état suivant ;

Les deux adénolymphocèles se sont reproduites en partie, mais leurs dimensions sont bien loin d'approcher de celles qu'elles offraient en 1899. Les caractères en sont de plus notablement modifiés. Elles sont plus molles, d'une consistance plus uniforme, moins bien délimitées. L'adénolymphocèle gauche est assez petite pour qu'il n'y ait pas lieu de l'opérer. Par contre, la question se pose pour l'adénolymphocèle droite. Je pense qu'il serait presque opportun d'intervenir de nouveau, sans qu'il y ait absolument urgence.

Le varicocèle gauche n'a pas récidivé le moins du monde, et *le testicule de ce côté est demeuré absolument intact.*

Ce qui attire spécialement mon attention, c'est le développement considérable des bourses et une volumineuse tumeur qui, surmontant ces dernières, se plonge dans le ventre à travers le canal inguinal. Au premier abord, il semble que le scrotum et la tumeur ne fassent qu'un, mais un peu d'attention suffit pour faire reconnaître qu'en réalité *il y a deux choses contiguës :* une tumeur fluctuante occupant la moitié droite du scrotum, et qui ne peut être qu'*une hydrocèle* de la tunique vaginale, et au-dessus, *une tumeur solide* dont il est malaisé de préciser la nature.

La tumeur inférieure est une hydrocèle, mais de quelle nature? Simple ou chyliforme? Celle-ci est la plus probable, seulement comme il y a de la transparence très nette, le doute est permis, je dis *le doute*, parce que *l'état lactescent du liquide des hydrocèles chyliformes ne s'oppose pas toujours à ce qu'elles soient transparentes.* C'est par expérience que je puis affirmer le fait.

La tumeur qui surmonte cette hydrocèle a le volume d'une assez grosse poire. On peut l'isoler entièrement par en bas et la faire rentrer en grande partie dans le canal inguinal et dans le ventre. mais sa réductibilité n'est pas absolue. Incontestablement les *secousses de la toux s'y transmettent.* Elle est de consistance demi-molle et semble formée de lobules irréguliers, étroitement contigus, très confondus les uns avec

les autres. Sa résistance à la pression est à peu près la même dans tous les points comprimés et son volume ne diminue guère sous les doigts qui la malaxent. En somme *elle a tant de rapport avec une assez grosse épiplocèle* à moitié adhérente, que de ce côté aussi une certaine hésitation s'impose ; néanmoins le diagnostic de *lymphangiome pédiculé* est celui qui satisfait le plus l'esprit.

C'est sur ce lymphangiome probable et l'hydrocèle concomitante que mon intervention devait porter tout d'abord. Le malade fut admis dans ma clinique de l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1905. Presque immédiatement, il fut pris de fièvre, de douleurs vives dans le ventre, dans les lombes ; un accès violent d'hématochylurie se déclara, se prolongea plusieurs jours avec des reprises. Il fallut attendre plus de quinze jours avant de faire l'opération. Elle eut lieu le 29 novembre 1905.

Je m'occupai d'abord de l'hydrocèle. L'incision donna issue à du liquide séreux, dans lequel il n'a pas été découvert ultérieurement d'embryons de filaires. Le testicule avait des dimensions un peu supérieures à l'état normal. Rien de très spécial à noter sur la surface de la tunique vaginale, sauf un peu d'épaississement. J'excisai partiellement la séreuse, je la suturai ensuite avec les téguments, après avoir placé un drain dans sa cavité.

Une longue incision mit ensuite à nu la tumeur supérieure et ouvrit le canal inguinal. Cette tumeur n'était séparée des téguments que par une couche très lâche de tissu conjonctif. Elle n'était pas enkystée. Le bistouri arriva rapidement sur elle et en entama un point d'où s'échappa un peu de ce liquide semblable à du thé mélangé de lait, caractéristique des tumeurs lymphatiques ganglionnaires ou vasculaires. Alors seulement, je dois l'avouer, je fus tout à fait fixé sur la nature de cette production : *elle n'avait pas de pédicules inférieurs*, et *elle était pédiculée par en haut*, profondément, jusqu'au delà du canal inguinal. Sous elle, j'aperçus quelques vaisseaux lymphatiques un peu hypertrophiés auxquels je ne touchai pas.

Je passai dans le pédicule deux ligatures enchaînées après avoir exercé sur lui de douces tractions, afin de l'extérioriser autant que possible sans rompre les vaisseaux volumineux qui le constituaient. Je refermai ensuite le canal inguinal par des points de suture en U, comme dans mon procédé de cure radicale de la hernie inguinale.

La guérison fut momentanément entravée par un hématome du scrotum qui suppura en donnant lieu à une fièvre intense, avec des accès rémittents, rappelant ceux de certaines formes de paludisme et des épididymites filariennes. Elle fut complète cinq semaines environ après l'opération.

Le malade est retourné à Cayenne sans se faire débarrasser de l'adénolymphocèle droite récidivée ; il est à craindre que, sous l'influence du climat de la Guyane, cette récidive ne s'accentue graduellement.

L'examen histologique du lymphangiome a été pratiquée par M. Pettit qui nous a transmis ses résultats. Nous les avons rapportés dans le chapitre d'anatomie pathologique.

Observation 7 (Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Nattan-Larrier)

Guérison spontanée d'une adénolymphocèle double après cinq mois de séjour en France.

A. P..., trente et un ans, capitaine-mécanicien.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler. Père et mère ont toujours habité la France.

Antécédents personnels. N'a jamais eu aucune maladie avant son départ au Congo. A fait cinq ans de service dans la marine, mais est toujours resté en escadre dans la Méditerranée, sur la côte de France.

En avril 1899, part au Congo comme mécanicien à bord d'un navire marchand, y reste quatre ans, mais sans jamais habiter la terre, vivant toujours à bord, et presque continuellement en voyage sur la Côte ouest d'Afrique.

Pendant ce long séjour, il n'a présenté que quelques accès de fièvre, qu'il combattait par la quinine, et une blennorrhagie qui a guéri au bout de deux ou trois mois. N'a jamais rien remarqué dans ses régions inguinales ni ailleurs. Revient six mois en France, et se porte bien. Repart en octobre 1905 au Congo pour y rester onze mois.

Pendant les six premiers mois, rien d'anormal. Il séjourne, ensuite, pendant trois mois, à Brazzaville, où il contracte un chancre mou qui a guéri au bout d'un mois et demi, un rhumatisme articulaire généralisé, qui a duré plusieurs mois, et quelques accès de fièvre, mais jamais bien forts; enfin, sur tout le corps, apparaissent des taches, présentant l'aspect de taches de bougie.

Revient en France en juin 1906. Reste quinze jours à Bordeaux, où il va à la consultation des maladies de la peau, du professeur Dubreuil, Il est traité pour psoriasis.

Examen du malade le 26 juin 1906. — A Paris, le malade consultait le docteur Nattan-Larrier, à l'Hôtel-Dieu. Celui-ci constatait que toutes les affections citées plus haut étaient en voie de guérison. Le foie et la rate débordaient d'un centimètre seulement. Au coude droit un ganglion gros comme un pois, rien à gauche; un autre ganglion très petit le long du sterno-mastoïdien. Ce qui frappait surtout l'attention, c'était, sous les deux régions inguinales, une grosseur bien apparente, étalée dans le triangle de Scarpa. A droite, elle s'étendait en longueur obliquement depuis le milieu de l'arcade de Fallope, et dépassait le sommet du triangle de Scarpa, mesurant environ dix centimètres de long sur un de large et deux d'épaisseur en moyenne.

A gauche, les dimensions étaient un peu plus grandes, mais les deux tumeurs avaient des caractères cliniques semblables; elles étaient molles, lobées, réductibles en partie, se regonflant dès qu'on cessait de presser sur elles.

Ces tumeurs, n'ayant jamais été douloureuses, n'avaient point attiré l'attention du malade. Celui-ci est présenté par M. Nattan-Larrier au professeur Le Dentu qui porte le diagnostic d'adénolymphocèle double, et envisage pour plus tard la possibilité de l'intervention chirurgicale.

Mais le malade est soumis auparavant à un traitement médical. Depuis quatre mois, sur le conseil du docteur Nattan-Larrier, il prend du quinquina, de la quinine et des injections de cacodylate de soude. Il est resté chez lui à la campagne pendant tout ce temps et est reparu à l'Hôtel-Dieu le 2 décembre 1906.

Examen du malade le 2 décembre 1906. — Nous constatons actuellement avec le professeur Le Dentu et M. le D[r] Nattan-Larrier, que le

malade est en état de parfaite santé. Les accès de fièvre, les rhumatismes, le psoriasis ont disparu.

Nous examinons les régions inguinales et nous sommes étonnés de la disparition des tumeurs que le malade présentait en juin 1906. La vue *ne révèle rien d'anormal*. A la palpation on ne constate, du côté droit, qu'une légère induration de la chaîne ganglionnaire située sous le triangle de Scarpa. A gauche, même induration, mais s'étendant un peu plus en largeur.

Ces ganglions semblent aplatis ; ils sont mobiles sur la région profonde ; on peut les prendre entre les doigts.

Plus haut, dans le triangle de Scarpa, on ne constate rien. De même dans le creux de l'aisselle, dans le creux poplité ou les autres régions ganglionnaires du corps.

Le malade nous dit en effet avoir vu diminuer peu à peu ses deux grosseurs.

Nous n'avons malheureusement pas pu procéder à l'examen du sang, le malade n'étant pas revenu à temps.

CONCLUSIONS

PREMIÈRE PARTIE

Dans la filariose la *filaria sanguinis hominis* agit sur les vaisseaux lymphatiques en produisant leur dilatation ou lymphangiectasie, qui peut-être suivie d'états morbides plus ou moins complexes.

Les lésions ainsi produites ne doivent pas être regardées comme spécifiques de la filariose, elles sont identiques à celles de beaucoup d'autres affections du système lymphatique que l'on rencontre dans les climats froids et qui ne procèdent pas du parasite.

DEUXIÈME PARTIE

Dans la région de l'aine (région crurale, inguinale et inguino-scrotale), la filariose ne se manifeste pas seulement par l'adénolymphocèle et le varicocèle lymphatique, mais aussi par le *lymphangiome pédiculé inguino-scrotal*, provenant des varices lymphatiques profondes de la cavité abdominale.

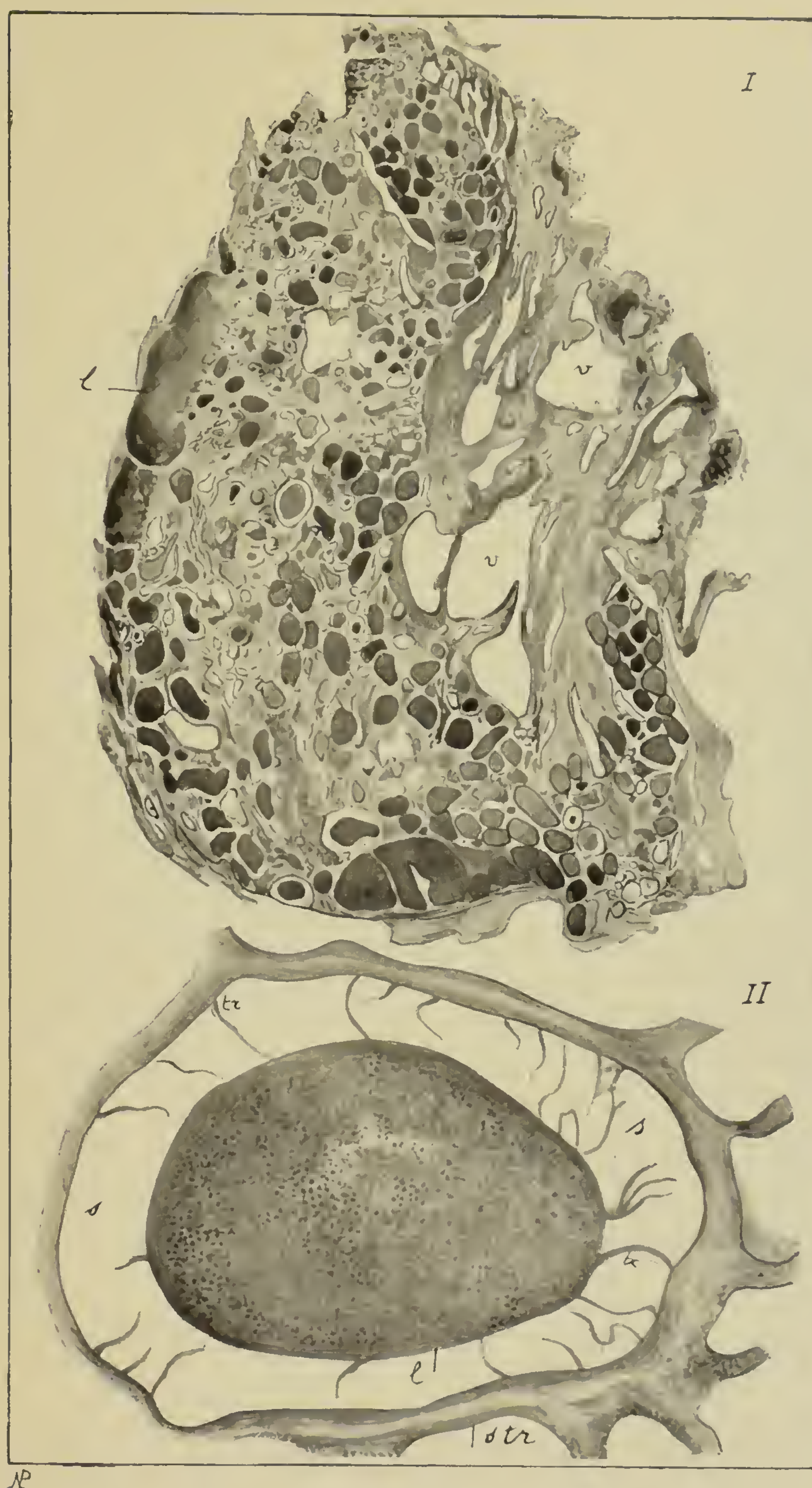
De leur étude anatomo-pathologique, il résulte que la confusion ne peut se faire entre ces tumeurs. Le lymphangiome pédiculé se distingue par ses caractères histologiques identi-

ques à ceux du lymphangiome congénital et surtout par ses caractères macroscopiques.

Leur étude symptomatologique montre que le lymphangiome pédiculé se présente plus que les deux autres sous l'apparence clinique de la *hernie épiploïque inguinale*, à tel point que la confusion en est presque inévitable.

Les trois tumeurs filariennes peuvent se comparer pour leur évolution, leur complication et leur pronostic.

Il en est de même pour leur thérapeutique générale, mais une technique opératoire sera appropriée à chacune pour leur extirpation.



NP

Le lymphangiome pédiculé inguino-scrotal. — Les deux figures sont relatives à l'observation n° 6.

I. Vue d'ensemble d'une des masses. (Injection au mélange osmio-picro-argentique de Renaut. Carmin aluné.) La masse est formée d'un stroma fibreux peu développé, renfermant des cordons de tissu lymphoïde (*l*) et creusé de larges vaisseaux lymphatiques (*v*) tapissés d'endothelium. (Gross. = 4.)

II. — Un cordon de tissu lymphoïde (*l*) entouré de son sinus lymphatique (*s*) et relié au stroma (*str*) par des trabécules (*tr*). Même technique que ci-dessus. (Gross. = 40.)

BIBLIOGRAPHIE

Cette liste ne comprendra que les publications que nous avons consultées pour notre travail. Nous renvoyons pour la bibliographie complète de toute la filariose au *Traité des maladies des pays chauds* de B. Scheube (*Die Krankheilen der Wormen Lander*, 1903).

AMUSSAT. — Académie de médecine, 1825.

ANGER (Théophile). — Des tumeurs érectiles lymphatiques. — Adénolymphocèles. Thèse Paris, 1867.

AUDAIN (Léon), Haïti. — Des formes cliniques de la filariose génitale chez l'homme, 1894.

Varicocèle lymphatique et filariose testiculaire, 1898.

Leçon clinique sur la filariose génitale, 1899.

AZÉMA MAZAÉ. — *Gazette médicale de Paris*, 1858. t. XIII, p. 55.

Traité de la lymphangite endémique des pays chauds (Réunion), 1878-1879.

BARTHE (H.). — La filaire du sang et les maladies filariennes (*Annales de derm. et de syphil.*, Paris 1881).

BESNIER (E.) — *Gazette des hôpitaux*, 1878.

BINET. — Essai sur les varices et plaies des lymphatiques superficiels. Thèse Paris 1858.

BLANCHARD. — Traité de zoologie médicale, Paris 1890.

BODDAERT. — Recherches sur la localisation et le mode de développement des œdèmes lymphatiques. Académie de Belgique, septembre 1895.

BOUREL-RONCIÈRE. — *Revue de pathologie exotique.* Archives de médecine navale, 1878.

BRANT PAES LERME (de Rio de Janeiro).— Notes sur un cas de lymphangiome inguino-scrotal et intra-abdominal chez un filarien. *Revue de chirurgie*, 1899, n° 2.

BRAULT (J.). — L'éléphantiasis dans les pays chauds. *Gaz. des trop.*, 1901.

Calmette (A.). — Etude critique sur l'étiologie et la pathogénie de maladies trop attribuées à la filaire du sang humain. Thèse Paris, 1886.

Carter. — *Médec. chirur. Transactions*, 1862.

Charles, Havelock (R.). — The surgieal teehnique and opérative treatment of elephantiasis of the generative organs. *Ind. Méd. Gaz*, 1901, mareh. p. 884.

Chassanil et Guyot. — *Archives de médecine navale*, 1878, janvier, 8, 61.

Chipault. — Variees lymphatiques et lymphangiome. *Gazette des hôpitaux*. 1889, 15 décembre.

Clarac (A.). — Essais sur l'étiologie et la pathogénie de l'éléph. des Arabes, Paris, 1881.

Comby. — Hemato-ehylurie des pays ehauds, et chylurie nostras. *Progrès. médical*, 1883, juillet, p. 551.

Corre (A.). — Traité elinique des maladies des pays ehauds, Paris, 1885.

Crawford (F.-J.). — A clinical leeture on the surgieal treatment of local manifestations, 1898, *Indian Méd. Gaz.*, p. 121.

Crevaux. — De l'hématurie ehyleuse. Thèse, Paris, 1872.

David. — Essai sur les variees lymphatiques. Thèse de Paris, 1865.

Delobel. — Thèse, Paris, 1902. Contribution à l'étude des lymphangiectasies dermiques.

Demarquay. — Recherehes sur la lymphorrgie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Société de chirurgie, 1853.

Demons, De Nabias et Sabrazès. — *Archives clin.*, *Bordeaux*, mars 1896.

Désert. — Les dilatations lymphatiques, lymphangieetasie, lymphangiome. Thèse, Paris, 1877.

Follet (Ath.). — Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques. Thèse de Paris, 1895.

Georgevic. — Ueber lymphorrée and lymphangiome. Longenbreks. *Arch. für Klin. chir.*, 1871. Bd XII.

Gross (H.). — Die Lymphangiektasie der Leiste und andere Folgeers-cheinungen der Lymphstanung *Langenbeck's. Arch. für klin chir.* vol. LXXVI, fasc. 3.

Hallopeau et Goupil. — Sur une lymphangieetasie suppurative d'origine tuberculeuse. *Ann. de derm.*, nov. 1890.

Houillier (G). — Contribution à l'étude de la filariose. Th. Montpellier 1893.

Lancereaux. — La filariose. *Bull. ac. méd.*, 1888. nº 36.

Le Dantec. — Préeis de pathologie exotique.

Le Dentu (A.) et Delbet. — Traité de chirurgie elinique et opératoire, T. X. Maladies du testieule et du cordon par P. Sébilleau.

Le Dentu (A.) et Longuet. — Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique, t. 21, p. 85.

Le Dentu (A.). — Sur un cas d'hydrocèle graisseuse. *Bulletin et Mémoires soc. chir.*, 1881, p. 871.

Les maladies filarienne. *Bull. et mém. soc. chir.*, 1881.

Des accidents occasionnés par la filaire du sang ; de son rôle pathogénique dans l'hydrocèle graisseuse. *Bull. et mém. de la soc. chir.*, 1885, p. 800.

Orchite paludéenne ; de l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum. *Bull. et mém. soc. chir.* N. S. XIII, 615, 624.

Lymphangiome inguino-scrotal et intraabdominal. Varicocèle lymphatique avec hydrocèle filarienne. Des accidents testiculaires se rattachant à l'éléphantiasis. Congrès de Moscou 1897. *Revue de chirurgie*, 1898, nº 1.

Observations d'hydrocèle laiteuse, de lymphangiomes et d'adéno-lymphocèles. *Bull. et mém. soc. chir.* déc. 1898.

Lucas (J.-A.-M.). — Des manifestations pathologiques due à la présence de la *filariose sanguinis hominis* dans l'organisme humain. Th. Bordeaux, 1893.

Magalhaes. — *Revue de chirurgie,* 1892, 4 juin. *Tribune médicale de Paris*, 25 août 1906.

Maitland. — A clinical lecture on filarial lymphangiectasis. *Ind. méd. gaz.* 1898, march 8, 81.

On some of the less common manifestations of filariasis. *Ind. med. gaz.* 1890, sept., p. 321, oct. p. 361.

Note on the etiology of filariasis. *Brit. med. journ.*, 1900, sept. p. 557.

The operative traitement of lymphangiecktasis of filiarial origin. *Brit. med. journ.*, 1902, jan., p. 88.

Manson (P.). — Tropical deseases. London 1898.

A suggestion for the surgical treatment of chyluria and other forms of filarial lymphatic varix. *Ind. med. Gaz*, 1901, Aug. p. 281.

— and Godler (R.-J.). — Two cases of filariasis, one treated by a new operation. *Trans. of the clin. soc. of London*, 1902, XXXV, p. 209.

Massonié. — Contribution à l'étude des varices lymphatiques et d'une forme spéciale de leurs terminaisons. Thèse Paris, 1876.

Moncorvo et de Silva Arango. — De l'emploi de l'électricité dans le traitement d'éléphancie. *Journ. de therap.*, 1882, nº 1.

Journ. de clin. et de therap. infantiles, 2 août 1895.

Moty. — *Revue de chirurgie*, 1892.

Nattan-Larrier et Bergeron. — *Presse médical*, 14 juin 1905. *Revue d'hygiène et de médecine tropicales*, 25 mai 1906.

Nabias (de) et Sabrazès (J.). — Comptes rendus de la *Soc. Biol.*, Paris, 27 mai 1896.

Nélaton. — *In* thèse Anger, 1867.

Nepveu. — *Archives générales de médecine et de chirurgie*, 1876, t. XVIII, p. 582.

Opée (Eugène-L.). — Filarial lymph. varix. *Ass. journ. of med. Sc.*, 1902.

Papin (A.). — Contribution à l'étude de l'hémato-chylurie endémique des pays chauds. Thèse Bordeaux, 1886.

Robert. — Filariose. *Bul. de chir.*, 1891, p. 137.

Scheube. — Die krankheiten dir wormen länder ein Handbuch für ärzte. 1903.

Schwartz (E.). — Note sur une adénolymphocèle filarienne contenant la filaire à l'état adulte. *Bull. et mém. Soc. chir.*, XXIV, p. 804.

Silva Lima (J.-F.-D.). — Notes upon several cases of filarious lymphangitis. *Journ. of trop. med.*, 1899, sept. 5, 51.

Slaughter (R.-M.). — Two news cases of *filaria sanguinis hominis. Med. news*, 1891, déc. 5.

Sonsino. — *Filaria sanguinis hominis*, lymphocèle, lymphurie and other associated morbid disorders. *Lancet*, 1882. May 20, p. 825.

Thielesen. — Ein fall von lymphangiectasia *Guntzburg zeits F. Klin. med.*, 1856.

Trélat. — *Bullet. et mém. Soc. Chirurg.*, 1864.

Thibondeau. — Notes sur l'éléphantiasis du membre supérieur. *Arch. méd. nav.*, LXXIV, 1900, p. 102.

Bullet. Soc. de biologie, 1902.

Verneuil. — Éléphantiasis du scrotum. *Bullet. Soc. chirurg.*, 1867, p. 313.

Vincent (George-A.). — Observation on human filariasis in Trinidad.

Bordeaux — Imprimerie du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.

